

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)
家 族

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号	番号		
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	住所	(〒 -)	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)					

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。				
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)		
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

(R6.12)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)					
1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			
2 傷病名		3 発病または 負傷年月日	令和 年 月 日			
4 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。	(原因および経過)				
5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名			
	名称	所在地	診療した医師等の氏名			
6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	から	年 月 日	まで	日数	日
6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	(令和) 年 月 日	から	年 月 日	まで	日数	日
7 療養に要した費用の額	円					
8 診療の内容						
9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/>	1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため 2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため 9. その他 (理由)				