

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(申請者)情報 | 被保険者証の (右づめ) | 記号 | 番号 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | <input type="text"/> | | |
| | 氏名 | (フリガナ) | | | | | |
| | 住所 | (〒 | - |) | 都 | 道 | 府 |
| 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 <input checked="" type="checkbox"/>) | | | | | | | |

| | | | |
|---------|------------|---|--|
| 振込先指定口座 | 金融機関 名称 | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 () | <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所 |
| | 預金種別 | <input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知 | 口座番号 <input type="text"/> |
| | 口座名義 | ▼カタカナ(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。) | |
| | | | 口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人 |

| | | | | | | | |
|---------|----------------|--------------------------------|------------------------|----|---|-----|-------------|
| 受取代理人の欄 | 被保険者 (申請者) | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 | | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | | 氏名 | 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ | | | | |
| | 代理人 (口座名義人) | 住所 | (〒 | - |) | TEL | (|
| | 氏名 | (フリガナ) | | | | | 委任者と代理人との関係 |

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

※ 記入不要 ※

(R2.12)

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)
 家 族

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 (原因および経過) 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。 | | |
| | 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 | 年 月 日 | 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 | 年 月 日 | 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. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 9. その他 (理由) | | | |