

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	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 1 9	番号 1 2 3 4 5	いずれかにチェックを入れてください。	
	氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 6 0 4 1
	住所 (〒 111 - 1111 )	A		都 道 府 県	B市C町D 1 番地
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 070 (1111) 1111			
<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	〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	〇〇〇	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7	
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(ㇰ)は1字としてご記入ください。 ケンポ タロウ				

※被保険者(申請者)の振込口座をご記入ください。  
※ゆうちょ銀行の口座の場合、振込専用の店番(漢数字3文字)、預金種目、口座番号をご記入ください。

「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

健保 太郎

申請内容

1 受診者

1

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

1か2のいずれかをご記入ください。

生年月日

昭和  平成  令和

年 月 日

2 傷病名

急性虫垂炎

3 発病または  
負傷年月日

令和 6年 4月 1日

4 発病の原因および経過  
(詳しく)

1か2のいずれかをご記入ください。

1

1. 病気

(原因および経過)

旅行先で腹痛がひどくなり、急遽最寄の救急病院で受診した。

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

〇〇総合病院

北海道〇〇市

〇〇〇〇

名称

所在地

診療した医師等の氏名

△△△薬局

北海道△△市

△△△△

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

年 月 日

6 4 1

から

6 4 6

まで

日数

6

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

6 4 1

から

6 4 6

まで

日数

6

日

7 療養に要した費用の額

567,890

円

8 診療の内容

診察のうえ、腹腔鏡手術を行なった。

1、2、3または9のいずれかをご記入ください。  
9の場合は理由もご記入ください。

9 療養費の支給申請の理由

2

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)