

健康保険
被保険者
家族

療養費

支給申請書(立替払等)

1 2
被保険者(申請者)
記入用

常務理事	事務長	課長	担当者

被保険者(申請者)情報	記号	123	番号	4567890	生年月日	年	月	日
	被保険者証の(右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			500901
	氏名・印	(フリガナ)	ケンホ° タロウ	健保 太郎	印	自署の場合は押印を省略できます。		
	住所	(〒 ××× - ××××)	東京	都道府県	〇〇〇			
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	〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他()	本店 支店 出張所 本所 支所	×××	
	預金種別	1	1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 通知	口座番号	1234567	左づめでご記入ください。
	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(ˆ)は1字としてご記入ください。)			口座名義の区分	1
	ケンホ° タロウ					

※原則、被保険者のご本人口座へのお振込みになります。

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

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。		平成	年	月	日
	氏名・印		印	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)	(〒 -)	TEL ()	住所	委任者と代理人との関係		
	(フリガナ)			氏名・印			印

「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マイナンバーの記入は不要です

・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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(29.3)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

社労士記載

印

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	2 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 健保 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 52年 7月 1日
	2 傷病名	右足関節靭帯損傷	3 発病または 負傷年月日	平成 30年 6月 1日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	2 1. 病気 (原因および経過) テニスの試合中に負傷 2. ケガ 負傷原因届を併せてご提出ください。←添付をお願いいたします。		
	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
		〇〇病院 整形外科	東京都〇〇〇	山田太郎 医師
	6 診療を受けた期間	(平成) 年 月 日	年 月 日	日数
		3 0 0 6 0 1	から 3 0 0 6 1 4	まで 14 日
	6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	(平成) 年 月 日	年 月 日	日数
7 療養に要した費用の額	〇,〇〇〇 円			
8 診療の内容	〇〇〇〇			
9 療養費の支給申請の理由	2 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)			

【添付書類】

- 1 領収書(原本)
- 2 診療報酬明細書(原本)(傷病名が明記されているもの)
- 3 薬局分の場合は、調剤報酬明細書(原本)

←添付をお願いいたします。