

常務理事	事務長	課長	担当者

被保険者 申請者 情報	被保険者証の (右づめ)	記号 1 2 3	番号 1 2 3 4 5 6 7	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 5 5 0 4 0 1
	氏名 (フリガナ)	ケンコウ タロウ 健康 太郎		
	住所 (〒 )	123 -4567 東京 都道府県 新宿区〇〇1-2-3		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 ( 1234 5678		
<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	<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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。			
	金融機関 名称	〇〇〇	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	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 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(゜)は1字としてご記入ください。) ケンコウ タロウ		口座名義 の区分	1 1.申請者 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
	代理人 (口座名義人)	住所 (フリガナ) 氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	委任者と 代理人との 関係
		(〒 ) TEL ( )		

「申請者記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

- 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

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

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

(R2.12)

受付日付印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者氏名 健康 太郎

申請内容	1 受診者	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 55年4月1日
	2 傷病名	花粉症		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)	1. 病気 (原因および経過) 鼻詰まり、目のかゆみ 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
		〇〇〇〇	□□□□	△△
	6 診療を受けた期間	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
	〇〇〇〇〇〇	から	〇〇〇〇〇〇	
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	
		から		
7 療養に要した費用の額	7,000 円			
8 診療の内容	内診、吸引、薬の処方			
9 療養費の支給申請の理由	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)			