

健康保険

被保険者  
家族

療養費

支給申請書(立替払等)

被保険者(申請者)記入用

1

2

常務理事	事務長	課長	担当者

被保険者(申請者)情報	記号 Insurance card code	番号 Number	生年月日 Date of birth		
	被保険者証の (右づめ)	150	12345	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	55 04 01
	氏名 Name	(フリガナ) ケンコウ タロウ Taro Kenkou			
	住所 Address	111-1111 ) 都 道 府 県 XXXX Condominium, #456 1-2-3 XXXX-cho, XXXX Ward, Tokyo			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	03 ( 3333 3333			
<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	Name of financial institution	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	branch	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別 Deposit type	1 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 account number	1 2 3 4 5 6 7	左づめてご記入ください。
	口座名義 Name of account holder (in Katakana)	▼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

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
	住所 (フリガナ)	氏名	TEL ( )	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

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

(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)

1 2 被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名 Taro Kenkou

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 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 Name of injury / illness	Influenza 3 発病または負傷年月日 令和 5 年 4 月 1 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく) Cause and progress of symptoms	1 1. 病気 (原因および経過) I had a high fever and underwent an emergency examination at a hospital while traveling 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 Name of medical institution where examination was	名称 所在地 診療した医師等の氏名 XXX Hospital 1-2-3 XXXX-cho Ichiro Yamada
	6 診療を受けた期間 Period during which medical treatment was conducted	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 1 日 05 04 01 から 05 04 01
	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 Cost of medical care	7,500 円
	8 診療の内容 Content of treatment	Underwent medical treatment and received administration of drugs
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)	

Required documents

- 【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)
- Itemized receipt,
  - Detailed medical fee statement issued by the medical institution
  - Detailed medical fee statement issued by the pharmacy