

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   | 被保険者証の<br>(右づめ)  | 記号<br>1 2 3        | 番号<br>4 5 6 7 8 9 0 | 生年月日<br>年 月 日<br><input checked="" type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和<br>5 0 0 9 0 1 |
|   | 氏名・印             | (フリガナ)<br>ケンホ° タロウ | 健保 太郎               | 印<br>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<br>(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<br>名称 | 〇〇〇   | 銀行 金庫 信組<br>農協 漁協<br>その他( ) | 本店 支店<br>出張所<br>本所 支所 |
|         | 預金種別       | 1 1. 普通 3. 別段<br>2. 当座 4. 通知                          | 口座番号                        | 1 2 3 4 5 6 7         |
|         | 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<br>の区分           |
|         | ケンホ° タロウ   |   |                             | 1 1. 申請者<br>2. 代理人    |

※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<br>(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・印           | 印                              | 住所 | 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ |
|         | 代理人<br>(口座名義人) | (〒 - ) TEL ( )                 | 住所 | 委任者と<br>代理人との<br>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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(1.5)  
受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

記載不要

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 昭和 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 令和 01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<br>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  | 令和 年 月 日 010601 から 010614 まで   | 日数                        | 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 から 年 月 日  | 日数                        | 日          |
|               | 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<br>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<br>3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため<br>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。