

# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払等)

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の	記号	番号	生年月日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	昭和 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名	(フリガナ)		
	住所	〒 -		
電話番号	日中の連絡先	TEL	-	-
				携帯 勤務先 自宅

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協	支店 出張所 本店 支所
	預金種別	普通 当座	口座番号 <input type="text"/>
	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)	口座名義の区分
		<input type="text"/>	申請者代理人

「代理人」の場合は必ず記入してください。

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)	氏名 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ 〒 - TEL - - 住所 (フリガナ) 氏名
		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に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(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。)

備考欄
-----

社会保険労務士の提出代行者名記載欄
-------------------

受付日付印

(R3.10)

組合使用欄	支給決定伺	資格取得	昭和 平成 年 月 日	支給額	万 千 百 拾 円
伺		資格喪失	令和 年 月 日		
		扶養認定	昭和 平成 年 月 日	支給日	令和 年 月 日
被保険者証未着・緊急・他保険者・その他( )					

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

申請内容	1 受診者	被保険者		家族(被扶養者)		
	1-1 家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	2 傷病名			3 発病または負傷年月日	平成 令和	
	4 発病の原因および経過(詳しく)	発病時の状況		年 月 日		
		病気	負傷原因届を併せてご提出ください			
		ケガ				
	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		
		名称	所在地	診療した医師等の氏名		
	6 診療を受けた期間	平成	年 月 日	から	年 月 日	日まで 日数
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	日まで 日数	
7 療養に要した費用の額	万 千 百 拾 円					
8 診療の内容						
9 療養費の支給申請の理由 該当する番号を記入	<input type="checkbox"/>	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 4. その他(理由 )				