



健康保険

被保険者
家族

療養費 支給申請書（立替払等） 記入例



ご記入事項を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

TEL	〇〇〇	-	△△△	-	□□□□ XXXXXX
-----	-----	---	-----	---	---------------------------

- ① 家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
記号・番号は、保険証等に記載されています。
- ② 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。（住所・振込口座も同様です。）
※生年月日欄は、「被保険者」の生年月日をご記入ください。
- ③ ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号（記号・番号（13桁））ではなく、振込専用の店名（漢数字3文字）・預金種目・口座番号をご記入ください。
- ④ 自費で診療を受けた期間もしくは、入院時に支払った食事療養費の期間の始めと終わりの日をご記入ください。
日数は診療を受けた日の数もしくは、食事療養費を支払った日の数をご記入ください。
- ⑤ 領収書（領収明細書）に記載されている金額をご記入ください。

漏れなく正確にご記入ください

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	被保険者の	記号 1 2 3	番号 3 0	生年月日 昭和 6 1 1 0 2 2 平成	
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎			
	住所	〒524-0104 滋賀県守山市木浜町 2298-1			
	電話番号	日中の連絡先 TEL 077 - 585 - 4838 携帯 勤務先 自宅			

振込先指定口座	金融機関名称	〇〇〇 銀行 金庫 〇〇〇 支店 本店 代理店 信組 農協 出張所 支所	
	預金種別	普通 当座	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) ケンポ タロウ 口座名義の区分 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 氏名 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)	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。>>>

被保険者の記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください

--	--	--

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(R6.12)

組合使用欄	支給決定伺	資格取得	昭和 平成 令和	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 令和	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)

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	被保険者		家族(被扶養者)	
	1-1家族の場合はその方	氏名	健 保 二 郎	生年月日	昭和 平成 令和 2 0 1 0 2 6
	2 傷病名	右足首ねん挫	3 発病または負傷年月日	平成 令和 0 6 0 4 0 2	
	4 発病の原因および経過(詳しく)	発病時の状況 病気 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	
		〇〇総合病院	滋賀県〇〇市〇〇	〇〇 〇〇	
	名称	所在地	診療した医師等の氏名		
	△△薬局	滋賀県〇〇市〇〇	△△ △△		
	6 診療を受けた期間	平成 令和 0 6 0 4 0 2	から	0 6 0 4 0 6	まで 日数 2 日
6-1上記の期間に入院していた場合は、その期間	平成 令和	から	まで	日数 日	
7 療養に要した費用の額	万 千 百 拾 円				
8 診療の内容	診察のうえ、湿布薬も処方された。				
9 療養費の支給申請の理由 該当する番号を記入	1 1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため 2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため 4. その他				