

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 記号・番号 (右づめ)	記号・番号がわからない場合は個人番号を記入してください。		生年月日	年	月	日
		記号	番号	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
	個人番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 平成			
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 令和			
氏名	(フリガナ) -----						
住所	(〒 -) 都道 府県						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						

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 ----- 氏名				

振込先指定口座	在職中の方は原則、受取代理人(お勤めの事業所)への委任払いとするため記入不要。						
	<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☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。)						
	金融機関 名称	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	<input type="checkbox"/> 1.普通 <input type="checkbox"/> 2.当座	口座番号	<input type="text"/>				左づめでご記入ください。
口座名義	<input type="text"/>					カタカナ(被保険者名義の口座に限る) (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。)	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

① 受診者 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

①-2 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 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) 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

名称	所在地	診療した医師等の氏名
⑤ 診療を受けた医療機関等の		

⑥ 診療を受けた期間 (令和)年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 日

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 円

⑧ 診療の内容

⑨ 療養費の支給申請の理由をご記入ください。