

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) 情報	記号		番号		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			
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)							
氏名	(フリガナ)				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和		年 月 日
						<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	
住所	(〒 _____) _____				都	道		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL (_____)				府	県		
<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☑)								

振込先指定口座	以下の指定する口座に振り込みをお願い致します。								
	金融機関 名称	<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 信組						<input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店	
		<input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 漁協						<input type="radio"/> 出張所	
		<input type="radio"/> その他 (_____)						<input type="radio"/> 本所 <input type="radio"/> 支所	
預金種別	普通	口座番号 (左づめ)							
▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。									
口座名義 (カタカナ)									

「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)

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

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

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。

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

(令和) 年 月 日

年 月 日

--	--	--	--	--

から

--	--	--	--	--

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

年 月 日

--	--	--	--	--

から

--	--	--	--	--

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

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

9. その他

(理由)