

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(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)	1	1 1 1 1 1 1
	氏名	(フリガナ) テイコク ハナコ 帝国 華子	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 1 1 1 1 1 1
	住所	(〒 100 - 8558) 東京 都府県	千代田区内幸町1-1-1
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (3504) 1111		
<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	中央労働金庫	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 () 新橋 本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ) 1 1 1 1 1 1 1
口座名義 (カタカナ)	▼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。 テイコク ハナコ		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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 帝国 華子

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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	急性盲腸炎	3 発病または 負傷年月日	令和 6 年 7 月 2 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) 旅行先で急性盲腸炎になり、資格確認書を所持し ていなかった為、全額自費で支払いをした。 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
		帝国総合病院	東京都千代田区	帝国太郎
	6 診療を受けた期間	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	日数
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	日数	
7 療養に要した費用の額	30,000 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 2. その他 (理由)			