

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	被保険者証の (右づめ)	記号 2 8	番号 1 2 3 4	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 5 5 0 3 1 8
	氏名・印	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎		印 自署の場合は押印を省略できます。
	住所	(〒 650-0000) 兵庫県 神戸市〇〇区1-2		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 078 (〇〇〇) △△△△		

振込先指定口座	金融機関 名称	〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 ① 普通 2. 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 左づめでご記入ください。
	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。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) ケンボ° タロウ		口座名義 の区分 1 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

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)	住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	委任者と 代理人との 関係
	氏名・印	(〒 -) TEL ()	印	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

(19.05)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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 健保 太郎

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	感冒	3 発病または 負傷年月日	令和 2年 3月 10日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	(原因および経過) 1. 病気 咳がひどく、発熱したため受診した。 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
		〇〇病院	兵庫県〇〇市〇〇区△△ 1-2-3	兵庫 五郎
	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	7,300 円			
8 診療の内容	点滴を受け、薬を処方された。			
9 療養費の支給申請の理由	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 9. その他 (理由)			