

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)
家 族

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 3 9 0 7	番号 〇 〇 〇 〇 〇	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	4 4 1 5
	氏名 (フリガナ)	キタムラ タロウ 北村 太郎			
	住所	(〒 222 - 0033)	神奈川県 神奈川県	横浜市港北区新横浜2-4-1 新横浜マンション705号	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 045 (〇〇〇) 〇〇〇〇			
<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 <input checked="" type="checkbox"/>)					

振込先指定口座	<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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				
	金融機関 名称	横浜	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	新横浜	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	左づめてご記入ください。
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。) キタムラ タロウ			口座名義 の区分	1 1.申請者 2.代理人
				被保険者(従業者)名義	

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	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	(〒 -) TEL ()			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 北村太郎

申請内容	1 受診者	2 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	北村花子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 5年 5月 15日
	2 傷病名	風邪	3 発病または 負傷年月日	令和 6年 4月 20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) のどの痛み、発熱のため受診 薬を処方されてから経過は良好		
		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	
		〇〇内科クリニック	222-0011 神奈川県横浜市××区2-2	〇〇健一郎	
		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	1 日
	6 4 2 1	から 6 4 2 1	まで		
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	日	
		から			
7 療養に要した費用の額	9,500 円				
8 診療の内容	診察、触診、PCR検査				
9 療養費の支給申請の理由	2	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)			

添付書類は必ずご提出ください

添付書類

- 領収書(原本)
- 医療機関または加入前の保険者(国民健康保険など)が発行する診療報酬明細書(原本)
※ 病名等の記載がないものは不可