

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	番号	生年月日	年	月	日	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>			
		(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>		
	氏名				<input type="checkbox"/> 令和			
住所	(〒	—)	都	道			
				府	県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()					
<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	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 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>			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。)					口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人
	<input type="text"/>						

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	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	(〒	—)	TEL	()	委任者と 代理人との 関係
	氏名	(フリガナ)						

「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

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	3 発病または負傷年月日 <input type="text"/> 令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/> 診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
		名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/> 診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 日
	7 療養に要した費用の額	<input type="text"/> 円
8 診療の内容		
9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 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) <input type="text"/>	

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