

★申請者（社員）の情報を記載するページ 赤枠の中を全て記載してください  
 ★受診者ごと／受診月ごと／病院ごとに作成してください

健康保険 被保険者 資格情報のお知らせ／資格確認書／マイナポータル  
 家 加 番号 支給申請書(立替払等)

記入用

記号

- AC : 1
- AT : 16
- AYF : 19
- AK : 24
- AKT : 26
- ATC : 27
- AKAM : 28
- AKHM : 29
- AKEP : 30
- TACO精機 : 31
- AKE : 32

資格情報のお知らせ／資格確認書／マイナポータル  
 でご確認ください。

記号	生年月日	年	月	日			
1	1	2	3	4	5		
<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		6	1	0	3	2	5
(フリガナ)		ケンポ タロウ					
		健保 太郎					
(〒 110 - 0001 )	東京	都道府県	港区浜松町●丁目●●●-●●●				
TEL XX ( XXXX ) XXXX	※ご自宅の住所を郵便番号から記載						

<給付の手続きについて>

健康保険組合からの給付は事業主（会社）を経由して給付されます。  
 以下の委任の手続きを行ってください。  
 事業主が代理人となりますので被保険者（社員）欄へ署名・押印ください。  
 （押印省略不可）  
 任意継続被保険者の方は「1」を選択してください。登録の口座へ入金します。  
 支払委任を希望する場合は健康保険組合へお問い合わせください。

口座名義の区分	2	※社員は2を選択
		1. 申請者
		2. 代理人

受取代理人の欄	被保険者（申請者）	氏名・印	健保 太郎	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 ( ) ※青枠内※ 会社 記入欄 (フリガナ) 会社の健保担当者へご提出ください。	委任者と代理人との関係	

「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に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
 （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。）

備考欄	※緑枠内※ 記載不要です
-----	--------------

(01.5)

受付日付印

人事・業務担当者	健保使用欄		
	常務理事	事務長	担当者

★受診した人の情報を記載するページ 赤枠の中を全て記載してください

★受診者ごと／受診月ごと／病院ごとに作成してください

# 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)記入用

被保険者氏名

健保 太郎

申請者(社員)の氏名

申請内容

1 受診者

2

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

受診者が 1.被保険者(社員)⇒空欄

2.家族(被扶養者)⇒受診者の氏名と生年月日を記入

1-①家族の場合はその方の

氏名

健保 花子

生年月日

昭和 平成 令和  
63 年 2 月 5 日

2 傷病名

インフルエンザ感染症

3 発病または  
負傷年月日

令和 7 年 5 月 12 日

具合が悪くなった原因や状況を  
なるべく詳細に記載

(原因および経過)

症状が出た日

4 発病の原因および経過  
(詳しく)

1

1. 病気

令和7年5月12日、帰宅後に頭痛と喉の痛みがあり熱を計ったところ39度あったため、翌日朝に病院へ行った。熱は下がったが、咳が止まらないため1週間後に再度、受診した。

※骨折や打撲など  
ケガの場合は2を選び、  
負傷原因届を提出

2

2. ケガ ⇒ 負傷原因届を併せてご提出ください。

病院の情報を記載

●●●●病院

所在地

××県××町1-2-3

診療した医師等の氏名

井者 治郎

5 診療を受けた医療機関等の

薬局で支払した場合  
はこちらへ記載

名称

▲▲▲▲薬局

所在地

××県××町4-5-6

診療した医師等の氏名

長材 志朗

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日 から 年 月 日

0 7 0 5 1 3

0 7 0 5 2 0

実際に病院で  
受診した日数

※入院した場合は  
入院期間の日数も含める

2

日

6-①上記の期間に  
入院していた場合は、  
その期間

1

※入院していない場合は空欄  
※入院初日から退院日を記載

入院初日から退院日  
までの日数

日

7 療養に要した

領収書の金額を記載

12,000

円

※支給対象となるのは  
健康保険診療部分となります。

8 診療の内容

医師の診察、インフルエンザの検査、薬の処方

申請理由を  
選んで記載

1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていないため
2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていない
3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため

どんな治療を受けたか  
分かる範囲で記載

9 療養費の支給申請の理由

2

9

(理由)

- 1~3に当てはまらない場合は  
9.その他を選び、理由を記載してください