

★任意継続者用記入例

★申請者（任意継続者本人）の情報記載ページ 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)

記号 任意継続者は
100と記載

番号 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。

記入用

被保険者証の (右つめ)	1 0 0	1 2 3 4 5	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	6 1 0 3 2 5
氏名・印 (フリガナ)	ケンポ タロウ 健保 太郎			
住所	(〒 110 - 0001)	東京	都道府県	港区浜松町●丁目●●●-●●●
電話番号 (日中の連絡先)	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>

任意継続者は1を記載

健康保険組合からの給付は事業主（会社）と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	1	※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)	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 氏名・印 住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	令和 年 月 日
	代理人 (口座名義)	※緑枠内※ (〒 -) TEL () 住所 任意継続者は記載不要 空欄のままご提出ください 氏名・印	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。）

(01.5)

備考欄	
-----	--

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

★任意継続者用 記入例

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)
 家 族

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名		健保 太郎		申請者(任継継続者本人)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(任継継続者本人)⇒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	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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	
	4 発病の原因および経過(詳しく)	1 1. 病気	(原因および経過) 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。		2 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	●●●●病院		××県××町1-2-3	診療した医師等の氏名 井者 治郎	
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日		0 7 0 5 1 3 から 0 7 0 5 2 0		
	7 療養に要	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		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		1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていないが 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	9. その他		(理由) 1~3に当てはまらない場合は その他[9]を選び、理由を記載してください	