

常務理事	係 員	係 員

被保険者（申請者）情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	氏名	(フリガナ) -----		生年月日	☐ 昭和	年 月 日
					☐ 平成	
住所	(〒)			都 道	府 県	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

☐ 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☒ 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。

金融機関 名称	銀行 金庫 信組		本店 支店
	農協 漁協		出張所
	その他（ ）		本所 支所

預金種別	普通	口座番号 （左づめ）	
------	----	------------------------------	--

▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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 （カタカナ）	
-------------------------------	---

(R6.10)

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)

被保険者氏名

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	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
	2 傷病名			3 発病または負傷年月日 令和 年 月 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） 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	連絡先	診療した医師等の氏名
		名称	連絡先	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで	日数	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	日
	7 療養に要した費用の額	円		
8 診療の内容				
9 療養費の支給申請の理由	☐ 1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため 2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため 4. その他 （理由）			

【添付書類】 1. 2. 4に該当する場合

- ・医療機関（施術院）発行の領収書の原本
- ・診療報酬明細書（レセプト）の写し

3に該当する場合

- ・領収書の原本（前保険者に支払ったことがわかる領収書）
 - ・診療報酬明細書（レセプト）の写し
- ※いずれも前保険者より交付を受けてください