

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)
家 族

常務理事	係 員	係 員

被保険者(申請者)情報	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		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	111	12345		
	氏名	(フリガナ) キョウアイ ハナコ 共愛 花子		生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 53 4 1
	住所	(〒 804 - 0092) 福岡 都道 北九州市戸畑区 府県 小芝2-2-6-201号室			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 093 (871) 6151				

振込先指定口座	☐ 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	〇〇 銀行 金庫 信組 〇〇 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)	1234567	
口座名義 (カタカナ)	▼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。 キ ヨ ウ ア イ ハ ナ コ				

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

(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)
家 族

被保険者氏名

共愛 花子

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

共愛 ○○

生年月日

☐昭和 ☒平成 ☐令和

28 年 2 月 14 日

2 傷病名

急性胃腸炎

3 発病または
負傷年月日

令和 6 年 1 月 13 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)

不明

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

○○病院

連絡先

093-000-0000

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

年 月 日

6 1 1 3

から

6 1 1 3

まで

日数

1

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

年 月 日

から

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

16,670 円

8 診療の内容

点滴

9 療養費の支給申請の理由

2

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