

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)情報	事業所番号	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 1 9 9	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)					
	住所	(〒                      )	都 道 府 県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL (                      )						

振込先指定口座	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"/>	左づめでご記入ください。
	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(ˆ)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

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

- ※1. 被保険者証の番号を記入しない場合のみ、備考欄に個人番号を記入してください。
- ※2. 備考欄に個人番号を記入した場合、次の対応をお願いします。
  - ①事業主経由で提出 >>> 事業主確認欄に番号および本人の確認を行った担当者が押印
  - ②本人が直接提出 >>> 番号確認および本人確認のための添付書類が必要

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

備考	事業所 個人番号 照会者	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

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"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	2 傷病名	3 発病または負傷年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	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	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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"/>	