

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 ☐ 令和	
住所	(〒 ー)		都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				

※ 給与振込口座への給付を希望する場合は下記に記入

受取代理人の欄

本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

令和 年 月 日

申請者住所 代理人の氏名

氏名 代理人の住所
電話

※ 給与振込口座を利用する場合は、下記の欄は記入不要

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	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)

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

※健保使用欄

支給金額	常務理事	事務長	担当

受付目付印

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)

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

☐

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

2. ケガ

(原因および経過)

5 診療を受けた医療機関等の

名称

所在地

診療した医師等の氏名

名称

所在地

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

--	--	--	--	--	--

から

--	--	--	--	--	--

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

年 月 日

--	--	--	--	--	--

から

--	--	--	--	--	--

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

9. その他

(理 由)

10 添付資料

領収(診療)明細書を添付してください