

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者(申請者)記入用

※記号番号を記入いただければ、マイナンバーは不要

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)	<table border="1"><tr><td>1</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>	1	0	0	<table border="1"><tr><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td></tr></table>	9	9	9	9	9	9	9
	1	0	0										
	9	9	9	9	9	9	9						
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和										
住所	(〒 455 - ○○○○) 愛知	都道府県 名古屋市港区○○○○○○											
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 052 (○○○) ○○○○												
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)													

※ 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 名古屋市港区○○○○○○

代理人の氏名

氏名 健保 太郎

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	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()						<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所			
預金種別	普通	口座番号 (左づめ)								
口座名義 (カタカナ)	<small>▼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(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。</small>									

「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

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

健康保険 被保険者 家族 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	<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 2 傷病名	氏名	生年月日 □ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日	
4 発病の原因および経過 (詳しく)	1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ	(原因および経過)	
5 診療を受けた医療機関等の 6 診療を受けた期間	名称	所在地	診療した医師等の氏名
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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> から <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> まで	年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> から <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> まで	日数 日
7 療養に要した費用の額	円		
8 診療の内容	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つたため 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 療養費の支給申請の理由 <input type="checkbox"/> 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 (原本)		