

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

※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	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 1 0 0	番号 9 9 9 9 9 9 9	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) ケンポ タロウ 健保 太郎			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 2 5 1 0 0 1
	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	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	
	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。		

「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)

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 (原本)