

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 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 [][] [][] [][][][]	
	住所	(〒 [][] - [][])	都 道 府 県				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ([][])					

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	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号	[][][][][][][][][][]	左づめでご記入ください。	
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。				口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

※振込先はゆうちょ銀行以外の金融機関に限ります。

受取 代理人の 欄	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
	被保険者 (申請者)	氏名	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)	住所 (フリガナ)	TEL ([][])	委任者と 代理人との 関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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

(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

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)

※療養費支給申請書は以下のとおり作成してください。

- ① 受診者ごと
- ② 診療月ごと
- ③ 医療機関ごと(入院・外来別)