

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

保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書等に記載されています。

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)	1 2 3	4 5 6		
	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 type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 6 0 0 1 1 5
	住所	(〒 1 2 3 - 4 5 6 7 )	東京 都 道 府 県	〇〇区〇〇1-2-3	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL XXX ( XXXX ) XXXX				

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。) <small>(注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。</small>				
	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)	委任者と 代理人との 関係		

口座名義が申請者本人であれば  
記入不要

「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)

被保険者氏名 健保 太郎

申請内容	1 受診者	2 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 健保 一郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 20年 7月 1日
	2 傷病名	急性胃腸炎	3 発病または負傷年月日	令和 7年 3月 1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) 薬を飲み病状は落ち着いた 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 〇〇病院	所在地 〇〇区□□1-2-3	診療した医師等の氏名 鈴木 〇〇
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 0 7 0 3 0 1	から	(令和) 年 月 日 0 7 0 3 0 1 まで 日数 1 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	から	(令和) 年 月 日 まで 日数 日
	7 療養に要した費用の額	3,320 円		
	8 診療の内容	点滴をし、薬を処方された		
9 療養費の支給申請の理由	2 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)