

1枚目
(2枚1組)

健康保険 被保険者 家族 **療養費支給申請書 (立替払)**

被保険者 (申請者) 記入用

【添付書類】以下、**原本**を提出ください

| | |
|------------------------------------|--|
| 加入手続き中または資格確認書不携帯による受診時の医療費を申請する場合 | <ul style="list-style-type: none"> ・領収書 ・医療機関発行の診療 (調剤) 明細書 |
| 他の健保組合等に返還した医療費を申請する場合 | <ul style="list-style-type: none"> ・他健保組合等発行の領収書 (納入告知書兼領収書) ・他健保組合等発行の診療 (調剤) 報酬明細書 (レセプト) (封書の場合は開封せずにご提出ください) |
| 生血液を輸血した際の費用を申請する場合 | <ul style="list-style-type: none"> ・輸血証明書 (輸血回数が記載されたもの) ・領収書 (血液にかかる費用額や移送にかかった費用額の 内訳が記載されているもの) |
| 臍帯血を搬送した際の費用を申請する場合 | <ul style="list-style-type: none"> ・領収書 (搬送に要した費用を証明した領収書) ・医師または歯科医師の意見書 (傷病名、搬送理由、搬送元・区間 (詳細な経路)・期間 ・回数の記載があるもの) |

| | | | | | | |
|---|------------------|--------------|----|-------------------------------|--|--|
| 被 保 険 者 (申 請 者) 情 報 | 被保険者等 記号・番号 | 記号 | 番号 | 記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。 | | |
| | 従業員番号 | | | メール アドレス | | |
| | 氏名 | (フリガナ) | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 | |
| | 住所 | (〒 -) | | | | |
| | 電話番号 (日中の連絡先) | | | | | |

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。

| | | | |
|--|----------------|--|--|
| 振 込 先 指 定 口 座 (※) | 金融機関名称 | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 信組 () | <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 |
| | 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。 | |

| | |
|---------|--|
| 口座名義の区分 | <input type="checkbox"/> 1.申請者 <input type="checkbox"/> 2.代理人 |
|---------|--|

| | | |
|---------------------------------|----------------|--|
| 受 取 代 理 人 の 欄 | 被保険者 (申請者) | 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。 年 月 日 署名 <input type="checkbox"/> 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) | (〒 -) 電話 () 住所 (フリガナ) 氏名 |

| | |
|---------------------|--|
| 委任者と 代理人との 関係 | |
|---------------------|--|

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

2枚目
(2枚1組)

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書 (立替払)

必ず2枚1組で提出してください

被保険者(申請者)記入用

| | | | | |
|---------------|--|--|--------------|---|
| 申請内容 | 1.受診者 | <input type="checkbox"/> 1.被保険者 <input type="checkbox"/> 2.家族(被扶養者) | | |
| | 1-① 家族の場合その方の氏名 | (フリガナ) | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 |
| | 2.傷病名 | | 3.発病または負傷年月日 | 年 月 日 |
| | 4.発病の原因および経過(詳しく) | <input type="checkbox"/> 1.病気 <input type="checkbox"/> 2.ケガ → (原因および経過) 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 | 年 月 日 から 年 月 日 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 | 年 月 日 から 年 月 日 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 | <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 4.その他 (理由) | | | |