

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払等)

被保険者 (申請者) 情報

被保険者証の (右づめ)	記号 [][][][][][]	番号 [][][][][][][][][]	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 [][] [][] [][][][][]
氏名・印	(フリガナ) -----		印 () 自署の場合は押印を省略できます。	
住所	(〒 [][] [][])	都 道 府 県 [][] [][] [][] [][]		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ([][] [][])			

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)

振込先指定口座

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 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号 [][][][][][][][][]	左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ(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

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

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。	令和 年 月 日
	氏名・印 () 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)	(〒 [][] [][]) TEL ([][] [][])	
	住所 氏名・印 (フリガナ) ----- ()	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。 >>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄 []

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 ()

(元.5)
受付日付印

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

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	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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
	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	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	(令和) 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. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 9. その他 (理由)		