

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

※申請者様：書き損じ等により訂正される場合は、訂正印の押印が必要です。押印が無い場合は返戻しますのでご注意ください。

被保険者(申請者)情報	健康保険 (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
				☐ 昭和			
				☐ 平成			
	氏名 記入日	(フリガナ)			以下のとおり、健康保険療養費の支給を申請します。		
住所	(〒	—	)	都	道	府	県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)				

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	☐ 1. 普通 2. 当座 3. 当座 ()	口座番号	
	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
				☐ 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

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	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	(〒	—	)	TEL	(
		(フリガナ)	氏名				
							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。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

備考欄

※健康保険の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記載してください。(個人番号を記載した場合は、番号確認、本人確認をするための書類が必要です。)

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

☐平成
☐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

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

令和

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

令和

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

☐

1. 緊急やむを得ず受診し、マイナ保険証等を持っていなかったため

2. 誤って他の保険者の健康保険を使用したため

3. その他 (理由)

添付書類について

- ① 個人振込を希望される場合は、口座番号を明らかにできる書類
② 診療報酬明細書 ※原本
③ 領収書 ※原本