

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	健康保険 (右づめ)	記号 [][][][]	番号 [][][][][][][][]	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 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。 記入日 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	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 2. 当座 3. 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(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 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)	(〒 [][] - [][][]) TEL ([][] [][])	委任者と代理人との関係		
	住所	(フリガナ) _____	氏名		

「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	<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	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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	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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2. 誤って他の保険者の健康保険を使用したため <input type="checkbox"/> 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