

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)  
家族

被保険者(申請者)記入用

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	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
	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 3. ... <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. ...	給与口座へ振込みのため記入不要です
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は )	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・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。	平成 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	(〒) 同 上	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)	(フリガナ)	委任者と代理人との関係
	代理人 (口座名義人)	氏名・印	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

(28.8)

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)

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 年 月 日
	2 傷病名		3 発病または負傷年月日	平成 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	(平成) 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	(平成) 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)			