

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)
家 族

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	氏名 (フリガナ)	事業所名	
	住所 (〒 -)		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		
<input type="checkbox"/> 療養費の受取については事業主に委任します。(委任する場合は☑) ※ 在職中の方は事業主への委任払いにご協力願います。			

受取代理人の欄 (事業主への委任欄)	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
	受取代理人 (事業所の事業主様)	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名
		委任者と受取代理人との関係

振込指定口座 (委任の場合は事業主口座)	金融機関名称	銀行 信用金庫 その他	本店 支店 その他		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号	<input type="text"/>	左づめでご記入ください。
	口座名義	(フリガナ)	口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 受取代理人	

【添付書類】

- ・領収書(原本)
- ・診療明細書(原本)

「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

- ・被保険者の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です
- ・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

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 <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	年 月 日 <input type="text"/> から <input type="text"/>	年 月 日 <input type="text"/>	日まで <input type="text"/> 日数
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	年 月 日 <input type="text"/> から <input type="text"/>	年 月 日 <input type="text"/>	日まで <input type="text"/> 日数
	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. マイナ保険証が使用できず、医療費を全額自己負担したため 2. 他の保険者の資格で医療機関等を受診し、医療費を返還したため 3. 入院時の食事代の差額を申請するため 9. その他 (理由) <input type="text"/>			