

# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替)

1

2

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	記号(3桁) [ ] [ ] [ ]	番号(6桁) [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	生年月日	年 月 日
	氏名	(フリガナ) _____			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	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. 別段 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 2. 代理人

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。&gt;&gt;&gt;

- ・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

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

(R2.12)

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)  
家 族

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 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> <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="text"/> 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 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/> 診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 <input type="text"/> から <input type="text"/> 年 月 日 <input type="text"/> まで 日数 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> から <input type="text"/> 年 月 日 <input type="text"/> まで 日数 <input type="text"/> 日
	7 療養に要した費用の額	<input type="text"/> 円
	8 診療の内容	<input type="text"/>
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 4. その他 (理由) <input type="text"/>	