

# 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

社員番号

被保険者（申請者）情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の （左詰め）	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)		ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者（申請者）の氏名（サイン）をご記入ください。			
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	本店	支店
		農協	漁協	出張所	本所	支所
	銀行コード:	その他	( )	支店コード:		
預金種別	<input type="checkbox"/>	1. 普通 2. 当座	3. 別段 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>	
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"/>	
	<input type="text"/>				1. 申請者 2. 代理人	

「2」の場合は必ず記入ください。

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	( )			
	住所	(フリガナ)					
	氏名						
		委任者と代理人との関係					

「被保険者（申請者）記入用」は2ページに続きます。 >>>

- ・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

(令3.4)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載

# 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

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(申請者)の氏名(サイン)をご記入ください。

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

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

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

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 療養費の支給申請理由

1. 被保険者証を持っていなかったため  
(持っていなかった理由)

2. 他の保険者の被保険者証を使用したため

9. その他

(理由)

\* 9療養費の支給申請理由において、

「1.」は、診療を受けた医療機関等の領収書原本および医療機関発行の診療報酬明細書を添付してください。

「2.」は、他の保険者が医療費を領収したとわかるものおよび他の保険者発行の診療報酬明細書を添付してください。

「9.」は、ホームページの「申請書に添付する書類」に応じた書類を添付ください。

治療用装具は別の申請書をご利用ください。