# 健康保険　被保険者 家族　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　　←記入してください

記　入　例

## 被保険者（申請者）情報

| | 記号 | 番号 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者等記号・番号（左詰め） | 1 | ○○○○○○ | ☑昭和 □平成 □令和 | 6 | 0 | 1 | 0 | 1 | 5 |

| | | |
|---|---|---|
| 氏名 | （フリガナ）ケンポ　タロウ<br>健保　太郎 | 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 | （〒　×××　－　××××　）<br>東京都世田谷区△△１－１－１ | |
| 電話番号（日中の連絡先） | ０９０（１１１１）××××　メールアドレス（支給決定通知書送付先） | △△△△@□□□.co.jp |

## 振込先指定口座

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 金融機関名称 | △△△<br>銀行コード：●●●● | 銀行　金庫　信組　農協　漁協　その他（　） | □□□<br>支店コード：●●●● | 本店　支店　出張所　本所　支所 | |
| 預金種別 | 1　1. 普通　3. 別段　2. 当座　4. 通知 | 口座番号 | ○○○○○○○ | 左詰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。）<br>ケンホ゜　タロウ | 口座名義の区分 | 1　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<br>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　（　）<br>住所<br>（フリガナ）<br>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。>>>

・被保険者等記号・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8.4）
受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載



パーソルキャリア健康保険組合

# 健康保険 被保険者 家族 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 | 健保　太郎 |
|---|---|

※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 | 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 | ○○病 | 3 発病または負傷年月日　令和 2 年 5 月 1 日 |
| 4 発病の原因および経過（詳しく） | 1 | 1. 病気（原因および経過）：原因および経過を詳しく記入してください<br>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 |
|---|---|---|---|
| | △△病院 | 東京都港区○○ ×-×-× | □□ □□ |
| | △△薬局 | 東京都港区△△ ×-×-× | □□ □□ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 診療を受けた期間 | （令和）年 月 日：2 5 1 から | 年 月 日：2 5 1 まで | 日数 1 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 | 診療内容について記入してください | | |

9 療養費の支給申請理由：1

1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなった
2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため
3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため
9. その他（理由）

＊ 9療養費の支給申請理由において、
「1.」「2.」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。
「3.」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。