

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	1 0 0 1	番号	1 2 3 4 5 6 7	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)				
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 0 1 0 4 0 1
	住所	(〒 541 - 〇〇〇〇)	大阪 都 道 府 県	〇〇区△△1-2-3	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 06 ((〇〇〇〇) 〇〇〇〇)				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)					

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。			
	金融機関 名称	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	〇〇〇〇 本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(ˆ)は1字としてご記入ください。 ケンポ° ハナコ			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

被保険者氏名 健保 太郎

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	健保 花子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 1 年 4 月 1 日
	2 傷病名	感冒	3 発病または 負傷年月日	令和 〇 年 10 月 6 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) 咳がひどく、発熱したため、受診した			
	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	
		〇〇〇病院	大阪府〇〇区△△×-×	〇〇 〇〇	
	6 診療を受けた期間	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	年 月 日	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	年 月 日	日数	日	
7 療養に要した費用の額	5,300 円				
8 診療の内容	点滴を受け、薬を処方された。				
9 療養費の支給申請の理由	1 1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため 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)				