

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	生年月日	年	月	日			
	被保険者証の (右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和						
					<input checked="" type="checkbox"/> 平成	0	1	0	4	0	1
	氏名 (フリガナ)	ケンポ ハナコ 健保 花子									
住所	(〒 541 - 〇〇〇〇) 大阪 都 道 府 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 <input checked="" type="checkbox"/>)											

振込先指定口座	金融機関 名称	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ()	〇〇〇〇	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	1 2 3 4 5 6 7	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(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。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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. 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 checked="" 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)	(原因および経過) 1. 病気 咳がひどく、発熱したため、受診した 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
		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. 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 1. その他 (理由)			