

# 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

下記のとおり療養費(立替払等)を支給申請します。

年 月 日

被保険者(申請者)情報	被保険者証の	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ)	必ず自署してください。				
	住所	(〒 - )	都(道)	府(県)			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					
<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	銀行 金庫 信組	本店 支店
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	出張所 本所 支所
	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 <input type="checkbox"/> 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。		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;

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

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

(2022.7)

受付日付印

常務理事	事務長	担当

# 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

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)続柄: ( )		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<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	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	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	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 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため</li> <li>9. その他 (理由)</li> </ul>			