

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	記号	番号	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				
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	住所	(〒 - )	必ず自署してください		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )	都 道 府 県			
<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"/> )					

給付金は事業所を経由して支給します。以下、受取代理人の欄をご記入ください。  
※任意継続被保険者の方は登録口座へお振込となりますので、記載は不要です

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。		
	※被保険者記入	氏名	年 月 日	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)	住所	TEL ( )	委任者と代理人との関係
※事業所記入	(フリガナ)	氏名		

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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

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

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

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

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)