

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(申請者)情報

被保険者証の (右づめ)	記号 	番号 	生年月日 年 月 日
氏名 (フリガナ)			
住所	(〒) 都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		
☐ 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

被保険者ご本人の口座に限ります

金融機関 名称	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 その他 () 本所 支所		
預金種別	☐ 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	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 申請者

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

(R2.12)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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

令和 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

(令和) 年 月 日

年 月 日

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

から

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

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

(令和) 年 月 日

年 月 日

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

から

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

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. 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

9. その他

(理由)