

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 6100	番号 1234	生年月日 年 月 日 ☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 631010
氏名	(フリガナ) ケンポ リョウイチ 健保 良一		
住所	(〒 862 - 0901) 熊本 都 道 府 県 〇〇市△△区□□ 町〇〇		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (1234) 5678		
☐ 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	〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	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	1234567	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。) ケンポ゜ リョウイチ			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

健保 良一

申請内容

1 受診者

2

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 良子

生年月日

☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和

3 年 2 月 1 日

2 傷病名

発熱

3 発病または
負傷年月日

令和 7 年 4 月 2 1 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)

転職によりマイナ保険証の情報連携が間に合わなかったため

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

〇〇病院

所在地

熊本県〇〇市〇〇町〇〇

診療した医師等の氏名

〇〇 〇〇

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

07 04 21

から

07 04 21

まで

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

から

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

8, 000 円

8 診療の内容

診察のうえ、薬を処方された

9 療養費の支給申請の理由

2

- 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため
- 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
- 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)