

健康保險 **被保險者** 療養費 支給申請書(立替払等)
家 族

被保險者(申請者)記入用

診療を受けた方が被保険者本人の場合は「被保険者」を、ご家族の場合は「家族」を○で囲む

被保険者（申請者）情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号	番号	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日 	
	氏名	(フリガナ)			太枠内の被保険者（申請者）情報は全て記入する		
	住民票住所	(〒 -) 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☑）				被保険者本人が送付する場合はチェック不要			

※給与振込口座に入金します。(健保が特殊事由と認める場合のみ、別口座への入金を可能とする)
※任意継続者は、資格取得申請書に届け出た口座に入金します。

振込先指定口座		☐ 特殊事由により他の口座を指定します。（利用する場合は ☒ （チェック）を入れ、下記の欄を記入。 注）原則、振込先は給与振込口座とし、他行振込みは不可とする。									
金融機関 名称	(銀行) (金庫) (信組) 特殊な事情が無ければ記入不要 (その他())	本店	支店								
		出張所									
		本所	支所								
預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>								
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。 <table border="1" style="width: 100%; height: 60px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>										

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

(R6.12)

受付目付印

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

〇〇 〇〇

申請内容

1 受診者

1

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

受診者が家族の場合に氏名、生年月日を記入する。

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)

2

1. 病気

(原因および経過)

原因がケガによる場合は「負傷原因届」も提出して下さい。

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

関東中央病院

千葉県流山市1-2-3

山田 花子

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

50,000 円

8 診療の内容

レントゲン撮影、患部の圧迫固定

9 療養費の支給申請の理由

2

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)