

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	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	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		
	氏名	(フリガナ)		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	住所	(〒 -)		都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
☐ 本請求金額の受領を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)※事業主へ委任する場合、下記口座欄の記入は不要です。						

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 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)				
	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。					
	ゆうちょ	記号	1 0	※	口座番号 (左づめ)		

※通帳の記載がある方のみご記入ください

【添付書類】

領収書

自費診療、他保険診療に関する申請のときは、別紙の診療明細若しくは別の診療報酬明細書
生血液の輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」

※すべて原本

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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. 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)