

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)
家 族

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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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に委任します。(委任する場合は☑) ※事業主に委任する場合、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(ゝ)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)