

健康保険療養費(立替払)支給伺

取得	昭・平	年	月	日	常務理事	事務長	係	支給額							円
喪失	平成	年	月	日											
支給期間	平成	年	月	日	日間	種別		請求	査定						
	平成	年	月	日		検査									
種別	請求		査定		処置及び手術										
初診					入院										
再診															
往診					計										
投薬					一部負担										
注射					支給額										

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	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)		印		
	住所	(〒 - )	都 道	府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	( )	自署の場合は押印を省略できます。			

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	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 <input type="checkbox"/> 2.当座 4.通知	口座番号 <input type="text"/>
	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 <input type="checkbox"/> 1.申請者 <input type="checkbox"/> 2.代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	平成 年 月 日
	氏名・印	印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	(〒 - ) TEL ( )	委任者と代理人との関係
	住所	(フリガナ)	印
	氏名・印		

「申請者記入用」は裏面に続きます。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

受付日付印

備考欄

# 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	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	2 傷病名		3 発病または 負傷年月日	平成 年 月 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 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	(平成) 年 月 日	年 月 日	日数
	6 上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	(平成) 年 月 日	年 月 日	日数
	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	<input type="checkbox"/> 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)			

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

