

# 健康保険 被保険者 家族 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	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																				
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
	1	2	3	4																			
	1	2	3	4	5	6	7																
氏名	(フリガナ) <b>ケンポ ハナコ</b> <b>健保 花子</b>	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <b>610415</b> <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和																					
住所	(〒 <b>123-4567</b> ) <b>東京</b> <small>都道府県</small>	<b>港区○○1-1</b> <b>○○マンション101</b>																					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL <b>03 ( 1230 ) 4567</b>																						
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )																							

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。</small>										
	金融機関 名称	<b>○○</b>	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他 ( )	<b>○○駅前</b>							
	預金種別	<b>普通</b>	口座番号 (左づめ)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7				
	口座名義 (カタカナ)	<small>▼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(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。</small> <b>ケンホ。 ハナコ</b>									

「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 家族 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 花子

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 太郎				
2 傷病名	左足首ねん挫	3 発病または 負傷年月日			
4 発病の原因および経過 (詳しく)	<p>(原因および経過)</p> <p>1. 病気 2</p> <p>2. ケガ ■ 負傷原因届を併せてご提出ください。</p>				
5 診療を受けた医療機関等の 名称	名称 〇〇総合病院	所在地 東京都〇〇区〇〇			
	名称 〇〇薬	所在地 東京都〇〇区〇〇			
6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 03 04 02	から	(令和) 年 月 日 03 04 06	まで	日数 2 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 	から	(令和) 年 月 日 	まで	日数 日
7 療養に要した費用の額	9600 円				
8 診療の内容	診療のうえ、湿布薬を処方された。				
9 療養費の支給申請の理由	<p>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つたため 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 1 9. その他</p> <p>(理由)</p>				