



記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書 (立替払等) 記入の手引き」をご確認ください。
 申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報※	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和			
	住所	〒		都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	TEL					

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 代理店 出張所 本店営業部 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
	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

「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	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。	年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所	被保険者との関係
	氏名・印	住所 「被保険者情報」の住所と同じ	

※ご注意ください

家族(被扶養者)の方の療養費の立替払等であっても、被保険者情報欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などの情報をご記入ください。

「被保険者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

被保険者のマイナンバー記載欄
 マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

受付日付印

(2019.5)

社会保険労務士の
 提出代行者名記載欄

印

様式番号

協会使用欄

6 6 1 1 6 4

1 _____

被保険者氏名

申請内容	<input type="checkbox"/> 1. 受診者 <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族 (被扶養者)
	<input type="checkbox"/> 1-① 家族の場合はその方の 氏名 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 1. 昭和 2. 平成 3. 令和
<input type="checkbox"/> 2. 傷病名	<input type="checkbox"/> 3. 発病または負傷年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 1. 平成 2. 令和
<input type="checkbox"/> 4. 発病の原因および経過 (詳しく)	(原因および経過) <input type="checkbox"/> 1. 病気 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。
<input type="checkbox"/> 5. 診療を受けた医療機関等の	名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/> 診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
	名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/> 診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 6. 診療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 1. 平成 2. 令和 年 月 日から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで <input type="text"/> 日数 <input type="text"/> 日
<input type="checkbox"/> 6-① 上記の期間に入院していた場合は、その期間	<input type="checkbox"/> 1. 平成 2. 令和 年 月 日から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで <input type="text"/> 日数 <input type="text"/> 日
<input type="checkbox"/> 7. 療養に要した費用の額	<input type="text"/> 円
<input type="checkbox"/> 8. 診療の内容	
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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) <input type="text"/>

様式番号

6 6 1 2 6 3