健康保険 被保険者 療養費・家 族 療養費付加金 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)			□ 昭和 □ 平成 □ 令和
氏名	(フリガナ)		
住所	(〒 ー)	都 道 府 県	
電話番号(日中の連絡先)	TEL ( )		

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

振込先指定口座

□ 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☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。)
注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

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	1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	左づめでご記入ください。
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	1.申請者 2.代理人

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。 令和 年 月 日 氏名 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)	(〒 ー) TEL ( ) 住所 (フリガナ) 氏名	委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・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

被保険者のマイナンバー記載欄

(R2.12)

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・療養費付加金 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 から 年 月 日 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 から 年 月 日 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. 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）		