

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      | 被保険者証の | 記号                         | 番号 | 生年月日                        | 年                  | 月 | 日 |
|                  | 氏名     | (フリガナ)                     |    | <input type="checkbox"/> 昭和 | [ ][ ][ ][ ][ ][ ] |   |   |
|                  | 住所     | (〒 [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ] ) |    | <input type="checkbox"/> 平成 |                    |   |   |
| 電話番号<br>(日中の連絡先) | TEL    | ( [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ] )  |    | <input type="checkbox"/> 令和 |                    |   |   |

|         |        |  |      |  |
|---------|--------|--|------|--|
| 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<br><input type="checkbox"/> 2. 当座 | 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  |
|         |        |  |      | <input type="checkbox"/> 1. 申請者<br><input type="checkbox"/> 2. 代理人 |

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 利用しない場合は上記の欄を記入。)  
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。

|         |            |   |                               |
|---------|------------|---|-------------------------------|
| 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 |
|         | 代理人(口座名義人) | 住所 (〒 [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ] ) TEL ( [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ] ) | 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ        |
|         |            | (フリガナ) _____<br>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。>>>

(2023.4)

被保険者のマイナンバー記載欄 \_\_\_\_\_

- ・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。

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)

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 - ①家族の場合はその方の  | 氏名  | 生年月日         | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和<br>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)  | <input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過)<br>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 | <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<br>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<br>3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため<br>9. その他 (理由) |   |              |  |