

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="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><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="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"></table>
	1	2	3	4										
	1	2	3	4	5	6	7							
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 610415 <input type="checkbox"/> 平成											
住所	(〒 123-4567) 東京 港区○○1-1 ○○マンション101	都道府県												
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (1230)4567													
<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	金融機関 名称	○○	<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 ()	○○駅前	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所							
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><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)	ケンホ[。] ハナコ <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 20px;"></table>											
<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>												

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

(7.1)

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 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 18年10月26日			
2 傷病名	左足首ねん挫	3 発病または負傷年月日 令和 3年4月2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 ○○総合病院	所在地 東京都○○区○○	診療した医師等の氏名 ○○ ○	
	名称 ○○薬	所在地 東京都○○区○○	診療した医師等の氏名 ○○ ○○	
6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 030402	から (令和) 年 月 日 030406	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 (理由)</p>			