

健康保險 被保險者 療養費 支給申請書(立替払等)
家 族

被保險者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)		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			
	1234		1234567							
	氏名		(フリガナ)		ケンポ ハナコ		生年月日		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
	健保 花子		610415		年 月 日					
住所		(〒 123 - 4567)		東京		都 道 府 県		港区〇〇1-1 〇〇マンション101		
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	〇〇		銀行	金庫	信組		本店	支店	
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	1	2	3	4	5	6	7
	口座名義 (カタカナ)	▼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(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。								
		ケンホ° ハナコ								

「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 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

☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 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)

2

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

〇〇総合病院

所在地

東京都〇〇区〇〇

診療した医師等の氏名

〇〇 〇

名称

〇〇薬

所在地

東京都〇〇区〇〇

診療した医師等の氏名

〇〇 〇〇

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

03 04 02

から

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

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

1

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ったため
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

9. その他

(理由)