

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(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 1 0 0 0	番号 X X X X	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	0 0 0 0 0 0
	氏名	(フリガナ) スミトモ タロウ 住友 太郎			
	住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 東京 都 道 府 県 新宿区〇〇町〇〇			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇 〇			
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(在職中の方は <input type="checkbox"/> を入れてください。任継者は入れないでください。)					

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 3. 別段 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 1. 申請者 2. 代理人

在職中の方は振込先指定口座は書かずに「口座名義の区分」を「2」として「受取代理人の欄」の「被保険者(申請者)」にご記入ください。任継者・休職者は「1」として振込先をご記入ください。

受取代理人の欄	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。 令和元 年 〇 月 〇 日	
	被保険者(申請者)	氏名 住友 太郎 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)	住所 (〒 -) TEL () ※事業主(人事部)記入欄 (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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(2019.5)

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 住友 太郎

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	住友 花子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	2 傷病名	急性胃腸炎	3 発病または負傷年月日	令和元 年 〇 月 〇 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) 原因不明。投薬を受けその後の経過は良好。 2. ケガ → 負傷原因報告書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
		〇〇病院	東京都新宿区〇〇〇 ×-×-×	保険 一郎
	6 診療を受けた期間	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	(和暦) 年 月 日	年 月 日	日数
6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(和暦) 年 月 日	年 月 日	日数	
7 療養に要した費用の額	12,345 円			
8 診療の内容	診察、投薬			
9 療養費の支給申請の理由	3 1. 資格取得して間もなく、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. 誤って以前加入していた保険者の被保険者証を使用したため 9. その他 (理由)			