

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	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 [][]	番号 [][][][]	マイ ナンバー	被保険者等記号番号が分からない場合に記入してください [][][][] [][][][] [][][][]		
	氏名	(フリガナ) -----			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	[][][][][]
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 [] - [])	都道 府県	TEL	([])		
<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	公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前に登録した公金受取口座を利用します。 (マイナンバーと紐づく預貯金口座情報を国へ登録している場合のみ選択可。利用する場合は下記の口座情報は記入不要です。)					
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組	本支店コード [][]	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	[][][][][][][]	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(゚)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 2.代理人	

「2」の場合は必ず記入してください。

令和 年 月 日

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。					
	代理人 (口座名義人)	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ				委任者と代理人 との関係
		(〒 [] - [])	TEL	([])			
	住所 (フリガナ) -----	氏名					

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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)

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	<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 年 月 日
	2 傷病名		3 発病または 負傷年月日	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) 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	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	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"/> <ul style="list-style-type: none"> 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) 			

【必要な添付書類】

① 医療機関を受診した場合

『領収書の原本』と『診療報酬明細書の原本』または『診療明細書の原本』－傷病名が、けがなどの外傷性の場合は『負傷原因届』も必要(初回申請時のみ)

② 調剤薬局を受診した場合

『領収書の原本』と『調剤報酬明細書の原本』または『調剤明細書の原本』－傷病名が、けがなどの外傷性の場合は『負傷原因届』も必要(初回申請時のみ)