

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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 生年月日 年 月 日 昭和 平成 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| | 氏名 | (フリガナ) | | | | |
| | 住所 電話番号 (日中の連絡先) | 〒 — ☎ () | | | | |
| <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☑) | | | | | | |

| | | |
|---------------------------------|----------------|---|
| 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) | 氏名 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ |
| | 住所 氏名 | 〒 — ☎ () (フリガナ) |
| | | 委任者と代理人との関係 |

事業主へ委任の場合：健保組合へ登録してある口座への入金の場合には、下記は記載不要

| | | | |
|---|------------|---|---|
| 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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(゜)は1字としてご記入ください。) | |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | |

| | |
|-----------------------|----------------------|
| 社会保険労務士の 提出代行者名記載欄 | <input type="text"/> |
|-----------------------|----------------------|

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容との申請者の氏名(サイン)をご記入ください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

健保組合使用欄

受付印

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

1 受診者 2 傷病名 4 発病の原因および経過 (詳しく) 5 診療を受けた医療機関等の 6 診療を受けた期間 6-①上記の期間に入院していた場合は、その期間 7 療養に要した費用の額 8 診療の内容 9 療養費の支給申請の理由

必要な添付書類 (確認のために口)に☑をお願いします)
☐ 診療明細書 (診療内容の明細が記入されたもの)
☐ 領収 (明細) 書

・ 受診者ごと月単位での申請になります。受診者が複数の場合には、それぞれ月単位に申請が必要になります。

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容との申請者の氏名 (サイン) をご記入ください。