

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 9 9 9 | 番号 9 9 9 | 生年月日 昭和 3 9 1 0 0 1 平成 令和 | |
| | 氏名・印 | (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 | | | 印 |
| | 住所 | (〒 231 - 0028) 横浜市中区翁町 1 - 6 - 6 | | | |
| | 電話番号 (日中の連絡先) | TEL 045 (201) 1517 | | | |
| <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 | 健保 翁町 | | | 本店 支店 出張所 本所 支所 |
| | 預金種別 | 1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知 | 口座番号 | 9 9 9 9 9 9 9 | 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。) ケンポ タロウ | | | 口座名義 の区分 |

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

| | | | | | |
|---------|----------------|--------------------------------|------|----|---------------------|
| 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 |
| | | 氏名・印 | 印 | 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) | (〒 -) TEL () | | 住所 | |
| | | (フリガナ) | 氏名・印 | 印 | 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。>>>

| | | | |
|------|-----|----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 担当者 |
| | | | |

(2.5)

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)
家 族

1 2
被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名 健 保 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 健 保 く み | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 3 年 1 月 1 日 |
| | 2 傷病名 | 発 熱 | 3 発病または 負傷年月日 | 令和 3 年 2 月 1 1 日 |
| | 4 発病の原因および経過 (詳しく) | 1 1. 病気 (原因および経過) 不 明 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 |
| | | 〇〇医院 | 横浜市中区〇町99-9 | 〇〇 〇〇 |
| | 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 | (令和) 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 | (令和) 年 月 日 | 年 月 日 | 日数 | |
| 7 療養に要した費用の額 | 〇〇, 〇〇〇 円 | | | |
| 8 診療の内容 | | | | |
| 9 療養費の支給申請の理由 | 2 1. 入社して間もなく、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. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 9. その他 (理由) | | | |