

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	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		
	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	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	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(ゝ)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」の場合は必ず記入してください。

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	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)	委任者と 代理人との 関係	
	氏名			

「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)

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 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	(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)			