

2

健康保険被保険者療養費支給申請書(立替払等)

被保険者(申請者)記入用

被保険者等 (申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください				
	氏名	(フリガナ)	生年月日		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日
	住所	(〒)	都 道 府 県					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()							
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)								

振込先指定口座

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。

☒ (利用する場合は) 利用しない場合は下記の欄を記入。

注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。

金融機関
名称

武蔵野銀行

本店

支店

出張所

預金種別

普通

口座番号
(左づめ)

口座名義
(カタカナ)

▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。

「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

☐

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

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
年 月 日

2 傷病名

3 発病または
負傷年月日

令和 年 月 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)

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

(令和) 年 月 日

年 月 日

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

から

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

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

(令和) 年 月 日

年 月 日

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

から

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

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

☐

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)