

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(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 1 0 0 1	番号 1 2 3 4	生年月日 ☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 6	月 1	日 0 4 1 5
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子					
	住所	(〒 123 - 4567) 東京 港区〇〇1-1 〇〇マンション101					
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (1230) 4567					
☐ 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	金融機関 名称	〇〇 〇〇駅前店		
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7
	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。 ケンホ ° ハナコ		

振込先が給与(賞与)の第一振込口座と同じである場合は、記入不要です。
注) 給付日直前の変更や登録内容に誤り等があった場合は、給付日が遅延(翌月以降)する場合があります。
注) 公金受取口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。
注意事項を確認しましたので、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☒)

「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

健保 花子

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

生年月日

☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和

18 年 10 月 26 日

2 傷病名

左足首ねん挫

3 発病または
負傷年月日

令和 3 年 4 月 2 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

2

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

〇〇総合病院

所在地

東京都〇〇区〇〇

診療した医師等の氏名

〇〇 〇

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

03 04 02

から

03 04 02

まで

日数

2 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

9600

円

8 診療の内容

診療のうえ、湿布薬を処方された。

9 療養費の支給申請の理由

1

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)

領収書(原本)、領収(診療)明細書を添付