

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	記号	2 2 7	番号	3 5 0	生年月日	年	月	日
	被保険者証の(右づめ)				昭和平成令和	4 8	4	5
	氏名・印	(フリガナ) ケンボ タロウ			健保太郎			印
	住所	(〒 332 - 0035 )	埼玉県	川口市西青木				
電話番号(日中の連絡先)	TEL 048 ( 258 )							

訂正箇所等については、被保険者(申請者)情報に押印した印と同一印で訂正ください。

振込先指定口座(被保険者口座)	金融機関名称	銀行コード: 0017	銀行	金庫	信組	支店コード: 357	本店	支店
	名称: 埼玉りそな	農協	漁協	名称: 川口	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 8 7 6 5 4	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(ㇰ)は1字としてご記入ください。)						口座名義の区分	1 1.申請者 2.代理人
	ケンボ゜ タロウ							

「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(健保口)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(健保口情報)	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
<p>上記指定口座ではなく、健保口への振り込みを指定される場合は、こちらへ記入・捺印ください。</p> <p>代理人印は、健保口届出印となります。</p>			

「申請者記入用」は2ページに続きます。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	印
-------------------	---

受付日付印
-------

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名 **健保 太郎**

申請内容	1 受診者	<input checked="" type="checkbox"/> 2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	取得日または認定年月日	昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 令和	24年4月1日
	1 家族の場合はその方の	氏名 <b>健保 花子</b>	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 平成 令和	50年9月7日
	2 傷病名	<b>急性胃腸炎</b>	3 発病または負傷年月日	平成 年 月 日	
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 病気	(原因および経過) <b>原因は不明。 突然の胃痛により受診。</b>		
		<input type="checkbox"/> 2. ケガ	<b>負傷原因届を併せてご提出ください。</b>		
	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	
		<b>鳩ヶ谷総合病院</b>	<b>川口市南鳩ヶ谷 -</b>	<b>下河 健</b>	
	6 診療を受けた期間	年 月 日	年 月 日	日数	日
		<input checked="" type="checkbox"/> 平成 令和	<b>29 4 5</b> から <b>29 4 5</b> まで		<b>1</b>
6 上記の期間に入院していた場合は、その期間	年 月 日	年 月 日	日数	日	
	平成 令和				
7 療養に要した費用の額	<b>3,240</b> 円				
8 診療の内容	<b>問診、点滴、投薬。</b>				
9 療養費の支給申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 9	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 (理由) <b>被扶養者の加入手続き中で、保険証が手元に無かったため。</b>			

訂正箇所等については、被保険者(申請者)情報に押印した印と同一印で訂正ください。