

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 | <input type="checkbox"/> 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 平成 令和 | 年 月 日 | |
| | 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 | 平・令 | 年 月 日 | |
| | 4 発病の原因および経過(詳しく) | <input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) <input type="checkbox"/> 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 | 平成 令和 | 年 月 日 | から | 年 月 日 | まで 日数 日 |
| | 6 上記の期間に入院していた場合は、その期間 | 平成 令和 | 年 月 日 | から | 年 月 日 | 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 | <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> 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) | | | | | |

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。