

# 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

【※治療用装具・眼鏡の申請書は別用紙となります。】

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 [ ][ ][ ][ ][ ]	番号 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
	氏名	(フリガナ) _____			
	住所	(〒 [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ] ) [ ][ ] 都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]			

振込先指定口座(被保険者口座)	金融機関 コード・名称	銀行コード: [ ][ ][ ] 銀行 [ ][ ][ ] 金庫 [ ][ ][ ] 信組 [ ][ ][ ] 支店コード: [ ][ ][ ] 本店 [ ][ ][ ] 支店 [ ][ ][ ] 農協 [ ][ ][ ] 漁協 [ ][ ][ ] 出張所 [ ][ ][ ] 名称: [ ][ ][ ] その他 ( [ ][ ][ ] ) 名称: [ ][ ][ ] 本所 [ ][ ][ ] 支所 [ ][ ][ ]		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	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(゜)は1字としてご記入ください。)		口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

※記入内容を訂正する場合は、被保険者が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者氏名(フルネーム)を記入してください。

「2」の場合は必ず記入してください。

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 氏名 [ ][ ][ ][ ] 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 (健保口情報)	(〒 [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ] ) TEL ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] 住所 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] (フリガナ) _____ 氏名 [ ][ ][ ][ ]

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

本申請に関する同意欄	当組合が本申請に関わる機関(医療機関・前加入保険者等)へ調査することを同意いたします
------------	--

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)

被保険者氏名

※記入内容を訂正する場合は、被保険者が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者氏名(フルネーム)を記入してください。

申請内容 (※記入必須)	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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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 2. 歯科 3. ケガ ※ケガの場合⇒ <b>負傷原因届を併せてご提出ください。</b> (原因および経過)		
確認事項 (分かる範囲で記入下さい)	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	
		名称	所在地	
	6 診療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 から 年 月 日 まで	日数
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 から 年 月 日 まで	日数
	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"/> 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)		

申請時に右記の書類を添付してください。  
※添付を確認し、チェックしてください。

資格喪失後に以前の保険証で受診

1. 医療費を返納した際の領収書(原本)

2. 診療報酬明細書写またはレセプト写(開封厳禁の封筒)

保険証を提示せずに全額自己負担で受診

1. 医療機関が発行した領収書(原本)

2. 医療機関が発行した明細書(写し可)