健康保険 被保険者 家族 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

被保険者等の（右づめ）	記号	番号	生年月日　年　月　日 □ 昭和 □ 平成 □ 令和
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒　　ー　　）　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

金融機関ｺｰﾄﾞ・名称	銀行ｺｰﾄﾞ：	銀行 金庫 信組 農協 漁協	支店ｺｰﾄﾞ： 本店 支店 出張所
	名　称：	その他（　　）	名　称： 本所 支所
預金種別	□ 1．普通　3．別段 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 □ 1．申請者 2．代理人

「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）	（〒　　ー　　）　TEL　（　　） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 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。
修正液（テープ）等を使用しないでください。

「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	
社会保険労務士の提出代行者名記載欄		

受付日付印

健康保険 被保険者 家族 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	

※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。修正液（テープ）等を使用しないでください。

申請内容（※記入必須）

1 受診者	□ 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 - 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）	□ 1. 病気　2. 歯科　3. ケガ　※ケガの場合➡**負傷原因届を併せてご提出ください。** （原因および経過）		

確認事項（分かる範囲でご記入下さい）

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	□ 平成 □ 令和　年　月　日 から 年　月　日 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	□ 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	□ 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）	

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。	他の保険者で資格喪失後に受診	資格確認ができずに全額自己負担（10割）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）	□ 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）