

常務理事	事務長	担当者

支給額	¥
-----	---

1

2

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

家 族 (治療用装具・立替払等)

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和			<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 平成		
					<input type="checkbox"/> 令和		
住所	(〒 -)		都 道 府 県	自署・押印してください。			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. その他 2. 当座	口座番号 <input type="text"/>
	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 2. 代理人

「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・印	住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	住所	委任者と代理人との関係
		(フリガナ)	氏名・印	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

(01.5)

備考欄

受付日付印

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

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
家 族 (治療用装具・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

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
年 月 日

2 傷病名

3 発病または
負傷年月日

平成
令和 年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

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

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

(令和) 年 月 日
[][][][][][]

から

(令和) 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

(令和) 年 月 日
[][][][][][]

から

(令和) 年 月 日
[][][][][][]

まで

日数

日

7 装具等の装着について
指示を受けた日

(令和) 年 月 日
[][][][][][]

8 装具装着日

(令和) 年 月 日
[][][][][][]

9 療養に要した費用の額

円

10 診療の内容

11 療養費の支給申請の理由

- 入社して間もなく、被保険者書証が届いていなかったため
- 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
- 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため
- 治療用装具を作成したため
- その他

(理由)