

記入見本

支給額 ￥

常務理事	事務長	担当者

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)氏名	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	XXXX	9999		
	氏名 (フリガナ) アコム タロウ	阿込 太郎		生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>
	住所	123 - 4567	〇〇 都道府県 〇〇市〇〇1-2-3	年	月 日
電話番号 (日中の連絡先)	TEL XX (XXXX) XXXX				

自署してください。

被保険者等の記号番号がわからない場合はお問い合わせください。
マイナンバーは絶対に記載しないでください。

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します	
	金融機関 名称	その他 () 本所 支所
	預金種別	普通 口座番号 (左づめ)
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。	

在職者は記入不要 (給与口座振込)
退職者は希望する本人口座を記入してください。
いずれの場合も公金受取口座の記入は不要です。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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 阿込 太郎

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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 XX年 XX月 XX日
	2 傷病名	急性胃腸炎	3 発病または 負傷年月日	令和 XX年 XX月 XX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) 旅行先で、夜に急に胃が痛くなって、翌日になっても痛みが残っていたため病院へ行った。 診察を受け薬をもらい痛みが治まった。		
		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
		◇◇◇病院	○県○市○○999	○○医師
		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	年 月 日	日数 ○ 日
	XX XX XX XX XX	から XX XX XX XX XX	まで	
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	年 月 日	日数 日	
		から	まで	
7 療養に要した費用の額	○万○千 円			
8 診療の内容	診察を受け、薬を処方してもらった。			
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 2 9. その他 (理由)			