

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払等)

被保険者 (申請者) 記入用

健康保険証に記載の記号2桁の番号

健康保険証に記載の番号4桁の番号

年 月 日

被保険者証の (右づめ)

1 0

1 2 3 4

昭和  
 平成  
 令和

0 8 0 7 0 1

氏名

(フリガナ) ケンポ タロウ

健 保 太 郎

被保険者 (ご本人) について記入してください

住所

(〒 761 - 0185 )

香川 都 道 高松市新田町甲34  
府 県

電話番号 (日中の連絡先)

TEL 087 ( 839 ) 5757

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)

振込先指定口座

金融機関名称

銀行 金庫  
農協 漁  
その他 (

給与振込になりますので記入不要。  
ただし、任意継続者・退職後に申請される方は  
振込口座を記入してください。

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

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

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)

住所

他人に受取をお願いする方のみ記入

委任者と代理人との関係

(フリガナ)

氏名

「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を記入した場合は不要です  
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

記入不要

(R2.12)

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

健保太郎

被保険(本人)の氏名

申請内容

1 受診者

2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

治療をした方について記入してください。

1 - ①家族の場合はその方の

氏名 健保花子

生年月日 昭和  平成  令和  10年8月2日

2 傷病名

咽頭炎

3 発病または負傷年月日 令和 4年6月4日

4 発病の原因および経過(詳しく)

1 1. 病気 2. ケガ

(原因および経過)

発熱と頭痛

傷病が発生した日を記入  
わからない場合は不詳と記入

診療にかかった原因、症状を記入

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

タダノ総合病院

香川県高松市新田町

タダノ 次郎

名称

診療した医療機関について記入

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 年 月 日 まで 日数 1 日  
0 4 0 6 0 4 から 0 4 0 6 0 4

診療を受けた日を記入

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 年 月 日 まで 日数 日

7 療養に要した費用の額

12,000 円 支払った金額を記入

8 診療の内容

診察・投薬

9 療養費の支給申請の理由

2

- 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

添付書類は原本が必要です

自費で医療費を支払ったとき

- ・診療内容を記載した書類(診療報酬明細書等)
- ・領収書(病院から発行されたもの)

他の保険を使い医療費の返還を行うとき

- ・診療内容を記載した書類(診療報酬明細書等)
- ・領収書(医療費を返還した保険者から交付されたもの)