

被保険者（申請者）情報	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)															
	氏名		(フリガナ)		生年月日		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		年		月		日			
	住所		(〒)		都 道 府 県											
電話番号 (日中の連絡先)		TEL ()														
☐ 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 信組 農協 漁協 その他 ()										本店 支店	出張所	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。) <table border="1" style="width:100%; height:40px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																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)	(〒 _____) TEL (_____) 住所 _____ (フリガナ) _____ 氏名 _____	委任者と 代理人との 関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

(R6.10)

受付目付印

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)

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

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

年 月 日

--	--	--	--	--	--

から

--	--	--	--	--	--

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

年 月 日

--	--	--	--	--	--

から

--	--	--	--	--	--

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. 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)