

# 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(申請者)情報	被保険者証の (右つめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日	年	月	日
	氏名 (フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和					
	住所	(〒 - ) 都 道 府 県					
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )							

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。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。							
	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.別段 <input type="checkbox"/> 2.当座 4.通知	口座番号	<input type="text"/>				左づめてご記入ください。
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(ˆ)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 <input type="checkbox"/> 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	(〒 - )	TEL	( )	委任者と代理人との関係				
	氏名	(フリガナ)								

「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

(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)

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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	3 発病または負傷年月日 <input type="text"/> 令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/> 診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
		名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/> 診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 <input type="text"/> から <input type="text"/> 年 月 日 <input type="text"/> まで 日数 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> から <input type="text"/> 年 月 日 <input type="text"/> まで 日数 <input type="text"/> 日
	7 療養に要した費用の額	<input type="text"/> 円
8 診療の内容		
9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 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) <input type="text"/>	