

記入例

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)
家 族

1

2

被保険者(申請者)記入用

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		
	記号・番号 (左づめ)	1 2 3 4	5 6 7 8		
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 5 0 0 1 0 1
	住所	(〒 453 - 0015) 愛知 都 道 府 県 名古屋市中村区椿町3番21号	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 052 (451) 0291	
<input checked="" 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☑)					

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☑ 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	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	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。				

「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)

1 2 被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名 健保 太郎

申請内容	1 受診者	2 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	健保 花子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 50年 3月 3日
	2 傷病名	インフルエンザ		3 発病または負傷年月日 令和 6年 12月 1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) 発熱と頭痛があり、〇〇病院を受診したところインフルエンザと診断された。 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
		〇〇病院	名古屋市〇〇区 〇〇町〇番地	〇〇〇〇
	6 診療を受けた期間	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		△△薬局	名古屋市△△区 △△町△番地	△△△△
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数
061201	から	061201	1 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	日数	
7 療養に要した費用の額	9,500 円			
8 診療の内容				
9 療養費の支給申請の理由	2 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 9. その他 (理由)			