

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	1 2 3 4	番号	5 6 7 8	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和			
					<input type="checkbox"/> 平成	5	0	1
					<input type="checkbox"/> 令和	0	1	0
氏名	(フリガナ)	ケンポ タロウ						
		健保 太郎						
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。) <small>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。</small>								
	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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(゜)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	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
	被保険者 (申請者)	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				
		(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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(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 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 4年 1月 7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
040107	から	040107	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	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 1 9. その他 (理由)			