

健康保険療養費(立替払)支給伺

取得	昭・平・令 年 月 日	常務理事	事務長	係	支給額						円
喪失	令和 年 月 日										
支給期間	令和 年 月 日	種別	請求	査定	種別	請求	査定				
	令和 年 月 日										
種別	請求	査定	処置及び手術								
初診			入院								
再診											
往診			計								
投薬			一部負担								
注射			支給額								

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(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)			<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平		
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒 -)	都 道	府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

振込先指定口座	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 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
	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

「2」の場合は必ず記入してください。

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 ()	委任者と代理人との関係		
	住所	(フリガナ)			
	氏名				

「申請者記入用」は裏面に続きます。>>>

確認欄 (チェック)	<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	受付日付印
---------------	--------------------------	--	-------

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は右記に○をしてください。 (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)	<input type="radio"/>
---	-----------------------

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	生年月日	<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="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
	4 発病の原因および経過(詳しく)	(原因および経過) <input type="checkbox"/> 1. 病気 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	(平・令)年 月 日	年 月 日	日数
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(平・令)年 月 日	年 月 日	日数
	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 <input type="checkbox"/> 9. その他 (理由)			

社会保険労務士の提出代行者名記載欄