

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	被保険者証の (右づめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名	(フリガナ) -----		
	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。) <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	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 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/>	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。)		口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人
	<input type="text"/>			

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 (フリガナ) ----- 氏名	(〒) TEL ()	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。>>>

- ・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

(2023.4)

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	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	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	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	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	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	<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)			

ご本人の記入例

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 1	番号 12345	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 370601
	氏名 (フリガナ)	ヤマダ タロウ 山田 太郎		
	住所 (〒 231 - 0000)	神奈川県 横浜市中区●●町1-2		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 045 (224) 1234		

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

退職した方のみ記入ください。
(こちらに記入する場合、名義区分は
1.申請者にしてください)
※公金口座受取払いは支払日まで日数がかかります。

退職した方のみ記入

口座名義の区分
2 1.申請者
2.代理人

受取代理人の欄

被保険者
(申請者)

氏名

山田 太郎

2.代理人の時のみ記入

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 5年10月8日

被保険者の会社証明欄

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

未記入

(2023.4)

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)

被保険者氏名 山田 太郎

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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	急性咽頭炎	3 発病または 負傷年月日	令和 5 年 10 月 2 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	1. 病気 経過良好 (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
		健保クリニック	横浜市中区●●町45-6	健保 次郎
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	日 年 月 日	から	日 年 月 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	から	年 月 日
7 療養に要した費用の額	13,500 円			
8 診療の内容	内診と薬の処方			
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 2 9. その他 (理由)			

2ヵ所以上又は受診月が違う場合は、
2ページ目のみ、枚数増やして記入してください。

① 医療機関10割受診の時は領収明細書原本を添付してください。
② 国保喪失後返還請求分の際は役所の領収書原本とレセプトの入った開封厳禁封筒原本を添付してください。

ご家族の記入例

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 1	番号 12345	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 370601
	氏名 (フリガナ)	ヤマダ タロウ 山田 太郎		
	住所 (〒 231 - 0000)	神奈川県 横浜市中区●●町1-2		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 045 (224) 1234		

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

退職した方のみ記入ください。
(こちらに記入する場合、名義区分は
1.申請者にしてください)
※公金口座受取払いは支払日まで日数がかかります。

退職した方のみ記入

口座名義の区分
2 1.申請者
2.代理人

受取代理人の欄

被保険者
(申請者)

氏名

山田 太郎

2.代理人の時のみ記入

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 5年10月8日

被保険者の会社証明欄

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

未記入

(2023.4)

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 山田 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 山田 華子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 39年 7月 1日
	2 傷病名	急性咽頭炎	3 発病または 負傷年月日	令和 5年 10月 2日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	1. 病気 経過良好 (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
		健保クリニック	横浜市中区●●町45-6	健保 次郎
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	日 年 月 日	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	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数
7 療養に要した費用の額	13,500 円			
8 診療の内容	内診と薬の処方			
9 療養費の支給申請の理由	2 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)			

2カ所以上又は受診月が違う場合は、
2ページ目のみ、枚数増やして記入してください。

- ① 医療機関10割受診の時は領収明細書原本を添付してください。
- ② 国保喪失後返還請求分の際は役所の領収書原本とレセプトの入った開封厳禁封筒原本を添付してください。