

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	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		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1	1 2 3 4		
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 4 8 4 1 0
	住所	(〒 1 2 3 - 4 5 6 7 ) 東京 中央区築地9-9-9 〇〇マンション503			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 ( 1234 ) 5678				
<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	三井住友	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	〇〇〇〇	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	0 2 3 4 5 6 7	
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。				
	ケンホ゜ タロウ 1				

阪和興業社員は口座の記載は不要です。(給与とともに阪和興業から振込まれます)

受取代理人の欄	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 (フリガナ)	TEL	
	記入不要			
「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

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 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 一郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 18 年 5 月 23 日
	2 傷病名	食あたり	3 発病または 負傷年月日	令和 3 年 12 月 24 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	1 1. 病気 (原因および経過) 生ガキを食べてあたった 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
		阪和総合病院	広島県広島市〇〇1-2-3	阪和 一郎
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数
		3 1 2 2 4 から 3 1 2 2 4 まで		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	10,600 円			
8 診療の内容	▲▲ウィルス 軽症			
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)			