

●申請書はクリップで留めてください。ホチキス留めは不可。

●A4片面で印刷ください。

1

2

# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払等)

家 族

被保険者 (申請者) 記入用

被保険者 (申請者) 情報	記号	番号	事業所名 (会社名)
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)		
	氏名 (フリガナ)		被保険者生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
住所	(〒 - )	都 道 府 県	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )		

振込先指定口座 (申請者又は代理人)	● 公金受取口座を利用する場合は右記チェックボックスに <input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します <input type="checkbox"/>	
	注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。 マイナポータル等で事前登録が完了していることをご確認ください。 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。	
	● 公金受取口座を利用しない場合は下記の欄に振込先口座をご記入ください。	
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 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号 (右づめ)
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 下欄を記入

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
	代理人 (口座名義人)	住所 「被保険者 (申請者) 情報」の住所と同じ	
	住所 (フリガナ)	氏名	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。 >>>

<備考>

※被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は健保組合までご相談ください。

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

受付日付印

(R6.12)

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

被保険者氏名

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

続柄

生年月日

昭和  平成  令和  
年 月 日

2 傷病名

3 発病または  
負傷年月日

昭和  
平成  
令和  
年 月 日

4 発病の原因および経過  
(詳しく)

1. 病気  
2. ケガ

(原因および経過)

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

6 診療を受けた期間

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

診療  
日数

日

7 療養に要した費用の額

円

8 診療の内容

9 仕事中、通勤途中、  
または第三者行為に  
よるものですか

1. はい 2. いいえ

10 療養費の支給申請の理由

- 入社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
- 医療機関でマイナ保険証の読み取り等ができず資格を確認できなかったため
- 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
- 他の保険者(健保、国保等)の資格情報で医療機関を受診してしまい、その保険者に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)