

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者(申請者)記入用

被保険者ご逝去によりご遺族が申請される場合は、ご遺族の情報を記入ください。

①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書等で確認し、ご記入ください。
なお枝番の記入は不要です。

出向されている方は
原籍の会社名をご記入下さい。

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)	1 2 3 4 5	× × × 株式会社
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	被保険者生年月日 ☒ 昭和 ☐ 平成 × × 年 × × 月 × × 日 ☐ 令和
	住所	(〒 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○) ○○ 都道府県 ○ ○ 市 ○ ○ 町 1-2-3	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (× × × ×) × × × ×		

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☑ 公金受取口座を利用します ☐		
	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	〇〇〇 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	1 1. 普通 2. 当座	口座番号 (右づめ) 1 1 2 2 3	口座名義 の区分 1 1. 申請者 2. 代理人 2の場合は 下欄を記入
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。) ケンポ ° タロウ		

振込先の口座は原則被保険者の口座になります。
また、被保険者ご逝去によりご遺族が申請される場合は、
ご遺族の口座情報をご記入ください。

受領を下記の代理人に委任します。

令和 年 月 日

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)	(〒	委任者と 代理人との 関係
		住所	
		(フリガナ) 氏名	

この欄は原則記入不要です。
事業所(会社)が給付金を代理で受け取る場合等においては、
この欄をご記入のうえ、上記振込先口座欄も代理人の口座
情報をご記入ください。

「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)

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

健保 太郎

詳細内容が不明な場合は、わかる範囲でご記入ください。
ただし、ケガの場合は「いつ」「どこで」「何をしているとき」に
負傷したのか具体的にご記入ください。

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

続柄

妻

生年月日

☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和

XX 年 XX 月 XX 日

2 傷病名

肝臓癌

3 発病または
負傷年月日

昭和
平成
令和

不 年 詳 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1

1. 病気
2. ケガ

(原因および経過)

数年前に腫瘍が見つかり治療を行っていたが、
今回症状が悪化し、腫瘍摘出手術を行った。

5 診療を受けた医療機関等の

名称

〇〇病院

所在地

〇〇県〇〇市〇〇町
1-2-3

診療した医師等の氏名

伊志野 一郎

6 診療を受けた期間

令和 5 年 2 月 8 日 から 令和 5 年 2 月 18 日 まで

診療
日数

11

日

7 療養に要した費用の額

200,000

円

領収書の金額をご記入ください。

8 診療の内容

手術を行った後、療養のため入院した。

9 工作中、通勤途中、
または第三者行為に
よるものですか

2

1. はい 2. いいえ

第三者行為とは、自動車事故や不
当な暴力など、第三者(他者)によ
る加害行為のことを指します。

10 療養費の支給申請の理由

9

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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)

病院内の保存血が不足し生血が必要となったため

3ページに添付書類の見本あり >>>