

支給額	拾万	万	千	百	拾	円	資格	取得	年	月	日
							喪失	年	月	日	
支給内訳	法定							請求		査定	
	付加						合計				
								一部負担			

# 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	被保険者証の (右つめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和			
	住所	(〒 - )		<input type="checkbox"/> 平成			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )		<input type="checkbox"/> 令和			

振込先指定口座	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
	ゆうちょ 記号-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

「2」の場合は必ず記入ください。

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

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

(R3.4)  
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 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> <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="text"/> 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 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/> 診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
		名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/> 診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 <input type="text"/> から <input type="text"/> 年 月 日 <input type="text"/> まで 日数 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> から <input type="text"/> 年 月 日 <input type="text"/> まで 日数 <input type="text"/> 日
	7 療養に要した費用の額	<input type="text"/> 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) <input type="text"/>	

提出先:健康保険組合

記入例 1/2

※黒ボールペンでご記入ください。(消せるボールペンでの記入は受け付けません。)

必要添付書類

- ・領収書原本(フルネームが入っているもの)
- ・診療(調剤)報酬明細書  
(診療(調剤)明細書ではありません。医療機関・薬局に発行を依頼してください。)

健康保険被保険者療養健康申請(立)等組合(被)者(申請)記入欄

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 ●●●	番号 ●●●●●	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 6 0 0 4 1 8
	氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保花子			
	住所	(〒 ●●● - ●●●● )	■■■ 都 道 府 県	■■■市△△● - ●●● - ●●●	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ●● (●●●●) ●●●●			

振込先は「給与振込口座」をご記入ください。

振込先指定口座	金融機関 名称	ゆうちょ			本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1. 普通 3. 別段	口座番号	●●●●●●●● 左づめでご記入ください。	
	ゆうちょ 記号-番号	●●●●●●●●	-	-	
	口座名義	ケンボ ハナコ			口座名義 の区分 1. 申請者 2. 代理人

口座名義(カタカナ)を必ずご記入ください。

「2」の場合は必ず記入ください。

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・印		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 (〒 - ) 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。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

記号および番号を記入された方は、この欄の記入は不要です。

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

被保険者氏名 **健保 花子**

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名 <b>健保 理莉</b>	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" 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 7月 26日		
	4 発病の原因および経過(詳しく)	(原因および経過) <input checked="" type="checkbox"/> 1. 病気 <b>7月24日夕方頃から咳が止まらず、病院に行ったところ風邪の症状と診断された。</b> 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 <b>●●●●病院</b>	所在地 <b>■●県■市●-●●-●●</b>	診療した医師等の氏名 <b>保健 太一</b>
		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 <b>●●0726</b> から 年 月 日 <b>●●0803</b> まで	日数 <b>2</b> 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 _____ まで	日数 _____ 日	
	7 療養に要した費用の額	●●●● 円		
8 診療の内容	<b>診察、調剤</b>			
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 checked="" type="checkbox"/> 9. その他 (理由) <b>子どもの保険証の発行手続きを申請しているが手元に届いておらず、病院の支払いを自費で行った為。</b>			

「2. ケガ」の場合は別途用紙の記入が必要です。健康保険組合にご連絡ください。