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
								合計		
	付加							一部負担		

健康保険 被保険者 家族 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	生年月日 年 月 日
被保険者等（右づめ）			□ 昭和 □ 平成 □ 令和
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒 ー ） 都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）		

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	1．普通 3．別段 2．当座 4．通知	口座番号	左づめでご記入ください。
ゆうちょ記号-番号	ー ー		
口座名義 ※必ず記入ください。	▼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	1．申請者 2．代理人

□ 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☑）

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。

「2」の場合は必ず記入してください。

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）	（〒 ー ） TEL （ ） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名・印	委任者と代理人との関係

（R4.10）

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

受付日付印

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

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 家族 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	□ 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	□ 昭和　□ 平成　□ 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）	□ 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 から	年　月　日 まで	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 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				
9 療養費の支給申請の理由	□ 1. 入社して間もなく、資格確認書が届いていなかったため			
	2. 緊急やむを得ず受診し、資格確認書を持っていなかったため			
	3. 誤って他の保険者の資格確認書を使用したため			
	9. その他（理 由）			

記入例　1／2

提出先：健康保険組合

※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。）

健康保険組合記入欄

被保険者（申請者）情報

	記号	番号	生年月日
被保険者等（右づめ）	●●●	●●●●●	☑ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和　6 0 0 4 1 8 年 月 日
氏名	（フリガナ）ケンポ　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　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　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	▼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。） ケンホ゜　ハナコ	口座名義の区分　1　1．申請者　2．代理人

ゆうちょ銀行の場合は、「記号」・「番号」をご記入ください。

口座名義（カタカナ）を必ずご記入ください。

☐ 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☑）

注）[illegible]できません。

マイナポータルで登録した公金利用口座を使う場合のみチェックを入れてください。

「2」の場合は必ず記入してください。

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）	（〒　－　）　TEL　（　） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名・印	委任者と代理人との関係

（R4.10）

「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
（被保険者等記号・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。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印

記入例 2／2

健康保険 被保険者 家族 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	健保 花子

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 理莉
	生年月日	□ 昭和 □ 平成 ☑ 令和 ●● 年 6 月 26 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）	1	1. 病気 （原因および経過） 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。
		2. ケガ ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください。
		「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。
5 診療を受けた医療機関等の	名称	●●●●病院
	所在地	■■県■■市●－●●－●●
	診療した医師等の氏名	保健 太一
	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	● ● 0 7 2 6 から
	年 月 日	● ● 0 8 0 3 まで
	日数	2 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		診察 、 調剤
9 療養費の支給申請の理由	9	1. 入社して間もなく、資格確認書が届いていなかったため
		2. 緊急やむを得ず受診し、資格確認書を持っていなかったため
		3. 誤って他の保険者の資格確認書を使用したため
		9. その他 （理 由） 子どもの資格確認書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。