

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払等)

1

2

ページ



医療機関窓口で医療費の全額を支払い、払い戻しを受ける場合等にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者(申請者)情報	被保険者証	記号 (左づめ) <input type="text"/>	番号 (左づめ) <input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/> 1.昭和 <input type="text"/> 2.平成 <input type="text"/> 3.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>			
	氏名				※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。 被保険者がお亡くなりになっている場合は、 相続人よりご申請ください。
	郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input type="text"/>	
	住所	都 道 府 県			

振込先指定口座	振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。			
	金融機関名称	<input type="text"/> 銀行 <input type="text"/> 金庫 <input type="text"/> 信組 <input type="text"/> 農協 <input type="text"/> 漁協 <input type="text"/> その他 ()	支店名	<input type="text"/> 本店 <input type="text"/> 支店 <input type="text"/> 代理店 <input type="text"/> 出張所 <input type="text"/> 本店営業部 <input type="text"/> 本所 <input type="text"/> 支所
預金種別	<input type="text"/> 1 普通預金	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>	

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

2 ページ目に続きます。 >>>

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------

※マイナンバー等で事前登録した公金受取口座の利用を希望される場合には、当健保組合までご連絡ください。

受付日付印	<input type="text"/>
-------	----------------------

健康保険 被保険者 家 族 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者氏名

申請内容	①-1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)
	① 受診者の氏名(カタカナ)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	①-3 受診者の生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和
	② 傷病名	③ 発病または負傷年月日 <input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 令和
	④-1 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 1. 仕事以外(業務外)での傷病 <input type="checkbox"/> 2. 仕事(業務上)での傷病 <input type="checkbox"/> 3. 通勤途中での傷病 } → ④-2へ
	④-2 労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. 未請求
	⑤ 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ 「1. はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。
	⑥-1 診療を受けた医療機関等の名称	
	⑥-2 診療を受けた医療機関等の所在地	
	⑥-3 診療した医師等の氏名	
⑦ 診療を受けた期間	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
⑧ 療養に要した費用の額(右詰め)	<input style="width: 100%;" type="text"/> 円	
⑨ 診療の内容		
⑩ 療養費申請の理由	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者証を持参できなかったことにより、医療費を全額自己負担したため <input type="checkbox"/> 2. 他の保険者の被保険者証を使用し、医療費を返還したため <input type="checkbox"/> 3. 入院時の食事代の差額を申請するため <input type="checkbox"/> 9. その他	

「健康保険療養費支給申請書(立替払等)記入の手引き」をご確認ください。