

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書（立替払等）

被 保 険 者 情 報	被保険者 記号・番号	記号	番号 (枝番)	事業所の名称	会社名		
	被保険者の 氏名と印	印			生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年 月 日 生まれ
	被保険者の 住所・電話	〒 日中連絡が取れる電話番号 TEL ()					

申 請 内 容	受診者	該当者に ☒ チェックし、被扶養者(家族)の場合、氏名・生年月日をご記入ください。 ☐ 被保険者(本人) ☐ 被扶養者(家族)					
		被扶養者(家 族)の氏名			被扶養者(家 族)の 生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年 月 日 生まれ
	傷病名				発病または負 傷の年月日	令和 年 月 日	
	発病または 負傷の原因 及び経過					他人の行為によるものですか	1. はい 2. いいえ
	診療を受けた医療機関 等	名称	所在地		診療した医師の氏名		
		名称	所在地		診療した医師の氏名		
	診療を受けた 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日			療養に要した 費用の額	円
	上記内で入院 していた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日				
	診療の内容						
	療養費の支 給申請の理 由	該当理由に ☒ チェックし、その他の場合は具体的に理由をご記入ください。 ☐ 1. 入社して間もなく、加入手続き期間中で被保険者資格が確認できない間に受診したため ☐ 2. 緊急でやむを得ず受診し、マイナ保険証等を持っていなかったため ☐ 3. 誤って他の保険者の資格で受診したため ☐ 4. その他 []					

振 込 先 指 定 口 座	【口座名義の区分】 ☐ 被保険者名義 ☐ 代理人名義(委任状欄をご記入ください。また、公金受取口座は利用できません。)					
	銀行名		支店名		支店コード	預金種別
	銀行		支店			1. 普通 2. 当座
	口座番号	口座名義 カタカナ (姓と名の間は1マス開けてください。濁点(°)、半濁点(°)は1文字としてご記入ください。)				
☐ 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。(利用する場合のみ ☒ を入れてください) 注意事項 ※上記の欄に振込口座の記入がある場合は、上記を優先します。 ※給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、給付日が遅れることがあります。						

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			令和 年 月 日
	被保険者 氏名	印	※住所は「被保険者情報」と同じ	
	代理人 (口座名義人) 住所 〒 氏名	印	被保険者との関係	

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。