

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (立替払等)
被扶養者

被保険者情報	被保険者証の記号・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 年 月 日 生まれ 2. 平成 3. 令和
	被保険者の住所・電話	〒	日中連絡が取れる電話番号 TEL ()		

受診者	該当者に <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 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 年 月 日 生まれ 2. 平成 3. 令和
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <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 <input type="checkbox"/> 2. 緊急でやむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため <input type="checkbox"/> 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> 4. その他 []				

【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。) ※どちらかにをし、指定口座をご記入ください。

振込先指定口座	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。)		

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	〒	被保険者との関係

受付日付

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。