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 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、被保険者証が届いていなかったため □ 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 □ 3.誤って他の保険者の被保険者証を使用したため □ 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 〒		被保険者との関係
	氏名	印	

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。