

# 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	1 0	番号	1 2 3 4 5	生年月日	年	月	日
	被保険者証の(右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和			
					<input checked="" type="checkbox"/> 平成	0	1	0
					<input type="checkbox"/> 令和	2	0	3
氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎						
住所	(〒 151 - 0000 )	東京 都 道 府 県						
電話番号(日中の連絡先)	TEL 03(5412)1827	渋谷区 千駄ヶ谷△-△-△						
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)								

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> 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☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 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。							
	金融機関名称	△△	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	〇〇	本店 支店 出張所 本所 支所			
	預金種別	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	左づめでご記入ください。			
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。)				口座名義の区分	1.申請者 2.代理人		
	ケンポ° タロウ							

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				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)	住所 (フリガナ)	(〒 - )	TEL ( )	委任者と代理人との関係			

※ 代理人が事業所及び被扶養者以外の場合は、続柄がわかる書類(住民票等)を添付ください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

- 被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

(R5.4)

受付日付印

健康保険 **被保険者** 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者氏名 **健保 太郎**

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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	<b>急性胃腸炎</b>		3 発病または負傷年月日 令和 <b>5</b> 年 <b>2</b> 月 <b>10</b> 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) <b>旅行中、急に腹痛をおぼえ、 近くの病院で診察を受ける</b>		
	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
		<b>△△医院</b>	<b>〇〇県××市△△3-4</b>	<b>〇〇 〇〇</b>
	6 診療を受けた期間	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	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	年 月 日	日数
	<b>0 5 0 2 1 0</b>	から <b>0 5 0 2 1 0</b> まで	<b>1</b> 日	
7 療養に要した費用の額	<b>6,850</b> 円			
8 診療の内容	<b>診察のうえ、薬を処方された。</b>			
9 療養費の支給申請の理由	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 1 9. その他 (理由)			