

常務理事	事務長	担当者

支給額	¥
-----	---

1

2

# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

家 族 (治療用装具・立替払等)

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
				<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>		
	氏名・印	(フリガナ)			自署・押印してください。		
住所	(〒 - )		都 道 府 県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )						

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. その他 2. 当座	口座番号 <input type="text"/>
	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。)	
	<input type="text"/>	口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

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。		平成	年	月	日
		氏名・印	住所	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)	(〒 - )	TEL	( )			
	住所	(フリガナ)	氏名・印		委任者と代理人との関係		

「申請者記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

(29.4)

備考欄
-----

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印
-----------------------	---

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書  
 家 族 (治療用装具・立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

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

昭和  平成  
年 月 日

2 傷病名

3 発病または  
負傷年月日

平成 年 月 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)

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

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

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

(平成) 年 月 日

から

年 月 日

まで

日数

日

6 - ①上記の期間に  
入院していた場合は、  
その期間

(平成) 年 月 日

から

年 月 日

まで

日数

日

7 装具等の装着について  
指示を受けた日

(平成) 年 月 日

8 装具装着日

(平成) 年 月 日

9 療養に要した費用の額

円

10 診療の内容

11 療養費の支給申請の理由

1. 入社して間もなく、被保険者書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
4. 治療用装具を作成したため
5. その他

(理由)