

支	給	額								円
内 訳	療	養	費							円
	療	養	付	加	金					円
支 給 期 間			令和 年 月 日 令和 年 月 日 日間							
計算式										

決 議	常務理事	事務長		担当者
同 年 月 日				
支 払 年 月 日				
資 格 取 得 日		令和	年	月 日
資 格 喪 失 日		令和	年	月 日
備 考				

※上記枠内は記入しないでください。

健康保険 被保険者 療 養 費 支給申請書(立替払等)  
家 族 療養付加金

被 保 険 者 ( 申 請 者 ) 情 報	被保険者証の 記号		番号		生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	(フリガナ)					
	氏名・印		印		自署の場合は押印を省略できます。	
	住所 (〒 — )		(都 道 府 県)			
電話番号 (日中の連絡先)		TEL ( )				

振 込 先 指 定 口 座 ( 資 格 喪 失 し た 方 )	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. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>		左づめでご記入ください。
	▼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		<input type="text"/>			

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) 氏名・印		印		住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	(〒 — )		TEL ( )			
	代理人 (口座名義人) 住所		(フリガナ)		印	
	氏名・印					

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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

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(立替払等)  
家族療養付加金

1

2

ページ

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 ☐令和

年 月 日

2 傷病名

3 発病または  
負傷年月日

令和 年 月 日

4 発病の原因および経過  
(詳しく)

☐

1. 病気  
2. ケガ

(原因および経過)

5 診察を受けた医療機関等の

名称

所在地

診察した医師等の氏名

名称

所在地

診察した医師等の氏名

6 診察を受けた期間

(令和) 年 月 日  
から

(令和) 年 月 日  
まで

日数 日

上記の期間に  
6-① 入院していた場合は、  
その期間

(令和) 年 月 日  
から

(令和) 年 月 日  
まで

日数 日

7 療養に要した費用の額

円

8 診療の内容

9 療養費の支給申請の理由

☐

9. その他

診療報酬明細書(原本)と領収書(原本)を添付してください。

2 / 2