

支給額						円
内訳	療養費					円
	療養附加金					円
支給期間	令和 年 月 日 日間 令和 年 月 日					
計算式						

決議	常務理事	事務長		担当者
伺年月日				
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
家 族 療養附加金 支給申請書(立替払等)

1 2 ページ

被保険者(申請者)記入用

被保険者 (申請者) 情報	被保険者証の記号	番号	生年月日 □昭和 □平成 年 月 日 □令和
	(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 (〒 一)	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	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	印
	口座名義	印	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。)		

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

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

印

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

□昭和 □平成 □令和

生年月日
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

(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

1. 入社して間もなく、被保険者証を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

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