

支給額	円
-----	---

健康保険組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者

## 健康保険被保険者療養費支給申請書(立替払等)

被保険者(申請者)情報	記号	—	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の	—			<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	氏名	(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	住所	(〒 — )		都 道	府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	( )						
<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 <input checked="" type="checkbox"/> )								

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. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号
	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
			<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

※ 社員の方は給与口座に振り込まれますので、振込先指定口座は記入不要です。

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
	代理人(口座名義人)	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	住所	(〒 — ) TEL ( )	委任者と代理人との関係
	氏名	(フリガナ)	
	氏名		

2ページに続きます。>>>

受付日付印
-------

# 健康保険被保険者家族療養費支給申請書(立替払等)

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	3 発病または負傷年月日 <input type="text"/> 令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) <input type="checkbox"/> 2. ケガ (原因および経過)
	5 診療を受けた医療機関等の	名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/> 診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
		名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/> 診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 <input type="text"/> から <input type="text"/> 年 月 日 <input type="text"/> まで 日数 <input type="text"/> 日
	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 <input type="text"/> から <input type="text"/> 年 月 日 <input type="text"/> まで 日数 <input type="text"/> 日
	7 療養に要した費用の額	<input type="text"/> 円
8 診療の内容		
9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 1. 資格取得して間もなく、被保険者証が届いていなかったため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3. 誤って他の保険者(前加入健保等)の被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> 4. その他 (理由) <input type="text"/>	

## 【添付書類】

- ・領収(診療)明細書の原本(領収書の返却を希望される場合はその旨明記してください)
- ・9の申請理由が3.の場合、診療報酬明細書(レセプト)の写し(未開封)