

支給額	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> 健保使用欄 記入しないでください </div>
-----	--

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	被保険者証の	記号 〇〇	—	番号 〇〇〇〇〇〇	生年月日	年	月	日	
	氏名	(フリガナ)	大崎 健太郎			<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 2 年 12 月 30 日			
	住所	(〒	—)	都 道 府 県	東京 品川区〇〇〇 1-〇〇-〇〇			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()	〇〇マンション 707				
<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	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> 社員の方は記入不要です 任意継続の方は必ずご記入ください </div>	
	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 <input type="checkbox"/> 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				
	氏名	(〒	—)	TEL	()
		住所	(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 **大崎 健太郎**

申請内容	1 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	家族に関する申請の場合は こちらに家族の氏名等を記入		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名 大崎 花子	生年月日	平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>	年 月 日
2 傷病名	急性気管支炎	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	1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ (原因および経過)	不詳		
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		
	○×総合病院	品川区○○3-4-5	○○ ○○○		
6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数		
	4 5 6	から 4 5 9 まで	2	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	年 月 日	日数		
		から		日	
7 療養に要した費用の額	6,500	円	立替払いした金額を記入		
8 診療の内容	診察後、薬を処方				
9 療養費の支給申請の理由	3	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 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(前加入健保等)の被保険者証を使用したため 4. その他 (理由)			

【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)