健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書(立替払等)

1 2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報

	記号	番号	生年月日 年 月 日
被保険者等記号・番号（左づめ）	（記号・番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書」に記載されています。）		□ 昭和 □ 平成 □ 令和
氏名	(フリガナ)		
住所	(〒 ー)	都 道 府 県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL ( )		

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

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	1 1．普通	口座番号	左づめでご記入ください。
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	□ 1．申請者 2．代理人
公金受取口座	□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は上記の欄を記入して(ください) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。		

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 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）	(〒 ー) TEL ( ) 住所 (ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名	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。〉〉〉

・被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

被保険者のマイナンバー記載欄

(R6.12)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書(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 □ 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 （原因および経過） 2. ケガ ➡ 負傷の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	（令和）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	（令和）年　月　日 から 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 療養の給付を受けることができなかった理由	□ 1. 保険証等（マイナ保険証、資格確認書）が使用できず、医療費を全額負担したため 2. 他の保険者(保険証等）の資格で医療機関等を受診し、医療費を返還したため 3. 入院時の食事代の差額を申請するため 9. その他（理由）		

【添付書類】 ①領収書の原本
②診療明細書（患者名、傷病名、診療年月日、診療内容の記載があるもの）

注）治療用装具、はり・きゅう、あんま・マッサージ、海外、骨髄液又は臍帯血の搬送に係る申請は、別途専用の「療養費支給申請書」をご使用ください。