

※健保組合使用欄	支給金額						決定	年	月	日
							常務理事	事務長	課長	主任
取得	期間	年	月	日から						
喪失		年	月	日まで						
証交付										

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

被保険者(申請者)情報	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	生年月日 1. 昭和 2. 平成 年 月 日 3. 令和
	氏名・印	(フリガナ)		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 ()		

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. 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: 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・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。	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 ()

代理人 (フリガナ) 氏名・印

委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は裏面に続きます。>>>

・被保険者証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

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

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

受付日付印

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	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日
2 傷病名		3 発病または 負傷年月日	年 月 日
4 発病の原因および経過 (詳しく)	(原因および経過) 1. 病気 2. ケガ 〔いつ どこで 何の目的で 何をして〕		
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	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	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 療養費の支給申請の理由	1. 入社して間もなく、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. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 4. 治療用装具を作成したため 装具装着指示日： 年 月 日 装具装着日： 年 月 日 5. その他 理由：		
上記1～3に該当の場合は「診療報酬明細書」と「領収書(原本)」を添付してください。 上記4に該当の場合は「医師の指示・証明書」「領収書(原本)」「装具の写真」を添付してください。			