

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)
家 族

1

2

被保険者(申請者)記入用

提出日 令和 6年 12月 1日

被保険者(申請者)情報	被保険者等記号・番号	記号 1 0	番号 9 9 9 9 9	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください		
	事業所名(会社名)	〇〇〇〇株式会社		所属	〇〇〇〇 室・課	
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 0 2 1 0 1 0
	住所	(〒492-8153) 愛知 都道 稲沢市井之口町中四反畑4500番地 府県				
	電話番号(日中の連絡先)	自宅	0 5 8 7 (2 3) 6 6 6 1		携帯	090 (〇〇〇) 〇〇〇〇

振込先指定口座(被保険者名義)	金融機関名称(ゆうちょ銀行以外)	三菱UFJ 銀行 金庫 信組 農協 漁協 名古屋営業部 本店 支店 出張所 本所 支所				
	預金種別	1 1.普通 2.当座 3.その他()	口座番号	8 8 8 8 8 8 8 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字として左づめでご記入ください。) ケンポ。 タロウ				

提出ルート

被保険者(申請者) ⇒ 健保組合

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

受付	入力	支払
----	----	----

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)
家 族

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名 健保 太郎

申請内容	1 受診者	1 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	風邪	3 発病または負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 6 年 11 月 8 日
	4 発症の原因及び経過(詳しく)	(原因および経過) 旅行先で、発熱し、気分が悪くなったため、病院を受診。		
	5 申請傷病名について	5-① 業務上の傷病・通勤災害によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 5-② 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
	6 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
		〇〇〇〇病院	〇〇県〇〇市〇〇	〇〇 〇〇
	7 診療を受けた期間	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	7 診療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年 月 日 0 6 1 1 0 8	から <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 年 月 日 0 6 1 1 0 8
7 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	から <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	まで 日数 日
8 療養に要した費用の額	10,500 円			
9 診療の内容	診察の上、薬を処方された			
10 療養費の支給申請の理由	2 1. 入社して間もなく、医療機関等に当健保の健康保険の資格を証明できなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、医療機関等に当健保の健康保険の資格を証明できなかったため 3. 誤って、他健保の健康保険の資格にて受診してしまったため 4. その他 (理由)			