

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族

立替払・治療用器具

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)	(押印不要)	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒	—	電話番号 (日中の連絡先)	()
	提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)			

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	公金受取口座	<input type="checkbox"/> 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、上記の口座情報の記入は不要です。)		
	口座名義区分	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人		

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
		代理人 (口座名義人)	氏名	
			住所	
			氏名	被保険者との関係()

申請内容	受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ	
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄()	
	傷病名		発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令 年 月 日		
	発病又は負傷の原因及びその経過 (けがの場合は、どこでどのように負傷されたか)	原因				
		経過				
	診療を受けた病院等	名称				
		所在地		診療した医師の氏名		
	診療期間(支給期間)	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで	(日数 日)			
	上記期間に入院していた場合はその期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで	(日数 日)			
	療養に要した費用	円	診療の内容			
療養の給付を受けることができなかった理由						

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄