

健康保険 被保険者 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
	被保険者証の	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 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	(〒 -)				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				
<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☑)						

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 <input type="checkbox"/> 2.当座	<input type="checkbox"/> 3.別段 <input type="checkbox"/> 4.通知	口座番号	<input type="text"/>	左詰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。) <input type="text"/>				口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1.被保険者 <input type="checkbox"/> 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	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・印	<input type="text"/>	<input type="text"/>	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
	住所	(〒 -)	TEL ()				
	代理人 (口座名義人)	住所	フリガナ	氏名・印	委任者と代理人との関係		

被保険者のマイナンバー記載欄	<input type="text"/>
----------------	----------------------

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

常務理事	事務長	担当	担当
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

2/2
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】 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	2 傷病名		3 発症または負傷年月日 令和 年 月 日	
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1.病気 (原因および経過) <input type="checkbox"/> 2.ケガ ⇒ 負傷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 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> <ol style="list-style-type: none"> 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 9. その他 (理由) 			