

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

記入例

1/2
被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	1 1 1 1	番号	1 1 1 1 1 1	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の				<input type="checkbox"/> 昭和	0	1	0	1
					<input checked="" type="checkbox"/> 平成				
					<input type="checkbox"/> 令和				
氏名・印	フリガナ	サカイ タロウ			[印]		自署の場合は押印を省略できます。		
住所	(〒 111 - 1111)	〇〇県〇〇市〇〇1-1-1							
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	111	(1111)	1111					
<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	サカイ		銀行	金庫	信組	ヒッコシ		本店	支店
				農協	漁協	その他			出張所	支所
	預金種別	1	1.普通 2.当座	3.別段 4.通知	口座番号	1 1 1 1 1 1 1 1		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。)							口座名義の区分	2	
	サ カ イ ハ ナ コ							1.被保険者 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	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	4	年	5	月	31	日	
	氏名・印	堺 花子		[印]	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ							
		(〒 111 - 1111)	TEL	111 (1111) 1111								
	住所	住所 〇〇県〇〇市〇〇1-1-1										
代理人 (口座名義人)	フリガナ	サカイ ハナコ										
氏名・印	堺 花子		[印]	妻								

被保険者のマイナンバー記載欄	マイナンバーの記入は任意です。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

ここは記入の必要ございません。→

常務理事	事務長	担当	担当

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 **堺 太郎**

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	偏頭痛	3 発症または負傷年月日 令和 4 年 4 月 1 日	
	4 発病の原因および経過(詳しく)	1.病気 1	(原因および経過) 仕事を終えて、夜帰宅してから頭が痛み始め、翌日起きた後も痛みがより強くなっていったため病院に行った。	
		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
		〇〇病院	〇〇県〇〇市〇〇2-2-2	田中 次郎
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 0 4 0 4 0 2	から	(令和) 年 月 日 0 4 0 4 0 2 まで 日数 1 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	(令和) 年 月 日 まで 日数 日
7 療養に要した費用の額	3000 円			
8 診療の内容	問診の後、診察を受ける。頭痛薬を処方してもらい経過観察になった。			
9 療養費の支給申請の理由	1	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)		