

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者(申請者)

記入例

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号がわからない場合マイナンバーを記入	
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1 2 3 4	5 6 7	
	氏名	(フリガナ) オオイ ケンタ 大井 健太	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 5 0 1 1
	住所	(〒 223 - 3445) 神奈川県 横浜市 ●●区 ▲▲		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (9876) XXXX	1 - 2 - 3 - 4 5 6	
☐ 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	☐ 現) ← チェックはしないでください 現在、当組合では直接被保険者へお振込みしております。	
	金融機関 名称	▲ ▲ ▲ 銀行 金庫 信託 農協 協同 品川 その他 ()
	預金種別	普通 ☐ 口座番号 (左づめ) 7 7 7 7 7 7 7
	口座名義 (カタカナ)	オ オ イ ケン タ 被保険者名義の口座情報をご記入ください。

次のページで詳細をご記入ください

「申請者記入用」は2ページに続きます。》》》

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

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

被保険者氏名

大井 健太

申請内容

1 受診者

2

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

大井 保子

生年月日

☒ 昭和☐ 平成☐ 令和

56

年

2

月

18

日

2 傷病名

急性呼吸器疾患

3 発病または
負傷年月日

令和

年

月

日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1

1. 病気

(原因および経過)

旅行中の喘息発作治療の際、資格確認書
を携帯していなかった為。

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

XXXX病院

所在地

愛知県名古屋市〇-〇

診療した医師等の氏名

△川 太郎

名称

所在地

診療した医師等の氏名

支払時の領収証を参考に
ご記入ください。

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

0 8 0 8 3 0

から

年 月 日

0 8 0 8 3 0

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

年 月 日

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

15,876

円

8 診療の内容

診察、投薬

9 療養費の支給申請の理由

2

1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため

2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため

3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため

9. その他

(理由)