

記入見本

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書 (立替払用)

被保険者証の記号・番号		③ 被保険者(申請者)の氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ	④ 被保険者の生年月日			
① 1 2 3	② 4 5 6 7	健保 太郎		昭和 平成	年 5 5	月 5	日 5
⑤ 被保険者(申請者)の住所		東京 都道府県	目黒区〇〇〇-〇〇-〇〇	電話番号			
〒	0 1 2	-	3 4 5 6	〇〇〇〇-〇〇〇〇			
事業所の名称	⑥ (株)〇〇〇〇〇〇〇	⑦ 所在地		品川区〇〇〇-〇〇-〇〇			
療養が被扶養者に関するときはその方の		⑧ 氏名	⑨ 生年月日	昭和 平成 令和	0 年	00 月	00 日
⑩ 傷病名		健保 桜子	⑪ 被保険者との続柄		長女		
⑫ 発病または負傷年月日(療養開始日)		〇 年 〇 月 〇 日		⑬ 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 「はい」のときは第三者行為の傷病届を提出してください			
⑭ 発病または負傷の原因およびその経過		※ いつ、どんな時に、どのような発病・負傷をしたのか等記載してください。 旅行先で、急に発熱した。					
⑮ 診療を受けた医療機関等	⑯ 名称	山岳病院	⑰ 所在地	⑱ 診療した医師氏名			
		長野県山岳市1-2-3		〇×先生			
⑲ 診療の期間(支給期間)	自	〇〇 年 4 月 1 日	⑳ 入院・入院外の別	入院	自	年	月
	至	〇〇 年 4 月 1 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院外	期間	至	年	月
㉑ 保険診療を受けられなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証交付前の受診 <input type="checkbox"/> 他保険者(国保等)に無資格診療費を支払ったため <input type="checkbox"/> その他 ()			㉒ 診療に要した費用の額(領収書の額) 3,950 円			
㉓ 医療費の助成について	㉔ 診察の内容 診察を受け、薬をもらう。						
㉕ 給付金の振込口座等 (※在職中の方は、事業所に振り込みますので記載の必要はありません。)		㉖ 受けている(名称: 乳幼児医療費助成制度 助成期間: 令和 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 受けていない					

金融機関	銀行	信用金庫	預金種目	口座名義(カタカナで記入してください)			
	信用組合	農協	<input type="checkbox"/> 普通 (総合口座) <input type="checkbox"/> 当座	口座番号(数字7ケタ)			
	労働金庫	本店		店番号(3ケタ)			
		支店					
		出張所					

添付書類 (1または2のいずれか) 1. 診療報酬明細書と領収書(原本) 令和 0 年 0 月 0 日 提出
2. 領収・診療明細書 (※医療機関等での記入が必要) 受付日付印

社会保険労務士記載欄	
------------	--