

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氏名		⑧ 健保 桜子	⑨ 生年月日	昭和 平成 令和	0 年 00 月 00 日	⑩ 被保険者との続柄	長女
⑪ 傷病名		咽頭炎		⑫ 発病または負傷年月日(療養開始日)		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	
				〇 年 〇 月 4 日		「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 診療した医師氏名	〇×先生	
		⑱ 所在地	長野県山岳市1-2-3				
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 日	入院 自 年 月 日	
		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 日	期間 至 年 月 日	
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 診療の内容 診察を受け、薬をもらう。		
㉔ 医療費の助成について		<input checked="" type="checkbox"/> 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					

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。)

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 (または2のいずれか)

1. 診療報酬明細書と領収書(原本)
2. 領収・診療明細書 (※医療機関等での記入が必要)

令和 0 年 0 月 0 日 提出

受付日付印

社会保険労務士記載欄	
------------	--