

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)

被保険者等記号・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	月 5	日 5	日 5
⑤ 被保険者 (申請者)の住所						電話番号				
〒 0 1 2 - 3 4 5 6 東京 都道府県 目黒区〇〇〇-〇〇-〇〇						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 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)		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。								
診療を受けた医療機関等		⑮ 名称 山岳病院		⑯ 診療した医師氏名		〇×先生				
		⑰ 所在地 長野県山岳市1-2-3								
⑱ 診療の期間 (支給期間)		自 〇〇 年 4 月 1 日		⑲ 入院・入院外の別		⑳ 入院期間		自 年 月 日		
		至 〇〇 年 4 月 1 日		<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院外		至 年 月 日				
㉑ 保険診療を受けられなかった理由		<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 []		㉒ 診療に要した費用の額 (領収書の額)		3,950		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	
------------	--