

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(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/>
住所	(〒 -)	都(道) 府(県)			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
<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 <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 本申請書の受領を事業主へ委任します。 【注1】 在籍中の方は両方とも <input checked="" type="checkbox"/> します。提出・受領ともに事業主へ委任してください。 「振込先指定口座」の記入はせずに「受取代理人の欄」の「被保険者」欄に署名します。 【注2】 すでに退職している・近々退職予定の方は上の口を空欄のまま「振込先指定口座」欄にご記入ください。 【注3】 被保険者が亡くなった場合は上の口を空欄のまま「振込先指定口座」に受取人の振込口座をご記入ください。					

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。				
	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所		
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>	
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。 <input type="text"/>				

受取代理人の欄	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 年 月 日	
	被保険者 (申請者)	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL () 住所 (フリガナ)	委任者からみた代理人との関係

「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

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 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		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)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) 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
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	から	年 月 日 まで 日数 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	円		
	8 診療の内容			
9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> (理由) 1. マイナ保険証または資格確認なしで、医療費を全額自己負担したため 2. 前の保険者の資格で医療機関を受診し、医療費を返還したため 3. 入院時の食事代の差額を申請するため 9. その他			

【添付書類】

- ◇医療機関で10割負担(保険診療分)した場合
 - ①領収書(領収明細書)
 - ②診療報酬明細書(保険点数記載があるもの)※病院に依頼して入手できます
- ◇前の保険者の資格を利用した場合
 - ①前保険者へ医療費を返還した際の領収書
 - ②診療報酬明細書(開封しないでください)
- ◇入院時の食事の標準負担額を減額されないで支払った場合
 - ①領収書(領収明細書)
 - ②(非)課税証明書(何年度分が必要か健保にお問い合わせください)
- ◇生血液を輸血した場合
 - ①領収書(領収明細書)
 - ②輸血証明書