

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

- 1. 立替払等
2. 治療用装具
3. その他

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報
記号 番号 生年月日 年 月 日
被保険者等(右づめ)
氏名(フリガナ) 事業所名称
住所 (〒 -) 都道 府県
電話番号(日中の連絡先) TEL ()

申請内容
受診者 □被保険者 □家族(被扶養者) 家族の場合はその方の 氏名 生年月日 □昭和 □平成 □令和
傷病名 発病または負傷年月日 □平成 □令和
発病の原因および経過(詳しく) 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。
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
診療を受けた期間 令和 年 月 日から 年 月 日まで 日数 日
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
装具等の装着について指示を受けた日 令和 年 月 日 装具装着日 令和 年 月 日
療養に要した費用の額 円 診療の内容
療養費の支給申請の理由 □ 1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 4. 治療用装具を作成したため 5. その他(理由:)

振込先指定口座
金融機関名称 銀行 金庫 信組 本店 支店 出張所 農協 漁協 その他() 本所 支所
預金種別 普通 口座番号 口座名義(カタカナ)

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者等記号番号を記入した場合は不要です)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 印