

# 【医療費の立替払いを行ったとき】

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書  
家 族 (立替払等、治療用器具、生血)

被保険者(申請者)記入用

記入日 和暦(令和) 1 年 11 月 1 日

|             |                  |                                  |               |                            |
|-------------|------------------|----------------------------------|---------------|----------------------------|
| 被保険者(申請者)情報 | 被保険者証の<br>(右づめ)  | 記号<br>1                          | 番号<br>1 2 3 4 | 生年月日<br>和暦(平成) 1 年 5 月 1 日 |
|             | 氏名・印             | (フリガナ) ケンポ タロウ<br>健保 太郎          | 印             | 事業所の名称<br>〇〇〇株式会社          |
|             | 住所               | (〒 123 - 4567 )<br>東京 〇〇市〇〇1-1-1 | 都 道 府 県       |                            |
|             | 電話番号<br>(日中の連絡先) | TEL 000 ( 000 ) 0000             |               |                            |

|         |            |             |                       |                 |
|---------|------------|-------------|-----------------------|-----------------|
| 振込先指定口座 | 金融機関<br>名称 | 〇〇〇         | 銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ( ) | 本店 支店 出張所 本所 支所 |
|         | 預金種別       | ①. 普通 2. 当座 | 口座番号<br>1 2 3 4 5 6 7 | 左づめでご記入ください。    |
|         | 口座名義       | 健保 太郎       | 口座名義<br>の区分           | ①. 申請者 2. 代理人   |

◎本人死亡等の理由により代理人に委任する場合は、下記の委任状へ記入・押印してください。

|         |                |  |
|---------|----------------|--|
| 受取代理人の欄 | 被保険者<br>(申請者)  | 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。<br>和暦( ) 年 月 日<br>氏名・印 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ |
|         | 代理人<br>(口座名義人) | (〒 - ) TEL ( )<br>住所 (フリガナ)<br>氏名・印 委任者と代理人との関係                              |

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印  
(健康保険組合使用欄)

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書  
家 族 (立替払等、治療用装具、生血)

1 2  
被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名 健保 太郎

|  |   |   |                   |                   |                   |
|--|---|---|-------------------|-------------------|-------------------|
| 申請内容                                     | 1 受診者   | 1. 被保険者 ② 家族(被扶養者)  |                   |                   |                   |
|  | 家族の場合はその方の  | 氏名  | 健保 さくら            | 生年月日              | 和暦(平成) 15年 3月 20日 |
|  | 2 傷病名   | かぜ  | 3 発病または<br>負傷年月日  | 和暦(令和) 1年 10月 10日 |                   |
|  | 4 発病の原因および経過  | ① 病気 (原因および経過) のどの痛みと発熱<br>2. けが → 工作中、通勤途中または第三者行為によるものですか<br><input type="checkbox"/> はい → 労災に該当する場合は申請いただけません。<br>第三者行為によるものである時は、別途「第三者行為による傷病届」が必要です。<br><input type="checkbox"/> いいえ → 記入を続けてください |                   |                   |                   |
|  | 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        |                   |
|  |   | 〇〇〇クリニック  | 東京都〇〇市△△3-2-1     | 健康 一郎             |                   |
|  | 6 診療を受けた期間  | 和暦(令和) 1年 10月 10日   | 和暦(令和) 1年 10月 10日 | 日数                | 1                 |
|  |   | から  | まで                |                   | 日                 |
|  | 6 - ①上記の期間に<br>入院していた場合は、<br>その期間   | 和暦( ) 年 月 日   | 和暦( ) 年 月 日       | 日数                |                   |
|  |   | から  | まで                |                   | 日                 |
|  | 7 装具等の装着について<br>指示を受けた日   | 和暦( ) 年 月 日   | 8 装具装着日           | 和暦( ) 年 月 日       |                   |
| 9 療養に要した費用の額                             | 20,000 円  |   |                   |                   |                   |
| 10 診療の内容                                 | 注射および投薬   |   |                   |                   |                   |
| 11 療養費の支給申請の理由<br>(該当する数字を○で囲んでく<br>ださい) | ① 保険証を持っていなかったため<br>(理由 : 帰省中で健康保険証を持っていなかった)<br>2. 前の保険証を使用したため<br>3. 治療用装具を作成したため |   |                   |                   |                   |