

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)  
家 族

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	歳	
	被保険者の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)						
	住所	(〒	—	)	<input type="checkbox"/> 都	<input type="checkbox"/> 道	<input type="checkbox"/> 府	<input type="checkbox"/> 県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)					

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※退職者も必ず署名してください。	令和	年	月	日
	氏名					

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 金庫	<input type="checkbox"/> 信組	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 支店	
		<input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 漁協	<input type="checkbox"/> 出張所	<input type="checkbox"/> 本所	<input type="checkbox"/> 支所	
		その他 ( )					
預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通	<input type="checkbox"/> 3. 別段	<input type="checkbox"/> 2. 当座	<input type="checkbox"/> 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>	右づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ (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"/>						

「申請者記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

受付日付印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)  
 家 族

被保険者(申請者)記入用

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受診した者の	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) <input type="checkbox"/> 2. ケガ (原因および経過)									
	5 診療を受けた期間	(令和)	年	月	日	から	年	月	日	日数	日
	5 - 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	日数	日
	6 診療の内容										
7 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 入社して間もなく、健康保険の加入手続き中だったため                      → 添付書類：【領収書、明細書】</li> <li>2. 緊急でやむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため                      → 添付書類：【領収書、明細書】</li> <li>3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため                      → 添付書類：【前加入健保へ支払った領収書、前加入健保で交付された診療報酬明細書(レセプト)の写し※開封厳禁】</li> <li>4. その他 (理由)</li> </ul>										

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)  
家 族

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	11	番号	123456	生年月日	年	月	日	
	被保険者の(右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和	3	5	5	34 歳
					<input checked="" type="checkbox"/> 平成				
	氏名	(フリガナ)	ケンポ	タロウ					
		健保	太郎						
住所	(〒	〇〇〇	-	〇〇〇〇	)	△△	都	道	△△市△△番△△号
						府	県		△△△マンション601
電話番号(日中の連絡先)	TEL	070	(	0000)	1111				

委任状	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※退職者も必ず署名してください。	令和	7	年	9	月	7	日
	氏名	健保 太郎							

振込先指定口座	金融機関名称	〇〇〇	銀行	金庫	信組	本店	支店
			農協	漁協	出張所		
			その他( )	×××	本所	支所	
預金種別	1	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	123456	右づめでご記入ください。		
口座名義	▼カタカナ(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。)						
	ケンホ	°	タロウ				

「申請者記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

受付日付印

# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者(申請者)記入用

申請内容	1 受診者	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①受診した者の	氏名	健保 太郎	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 3 年 5 月 5 日
	2 傷病名	インフルエンザ		3 発病または 負傷年月日 令和 7 年 8 月 15 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	1. 病気 (原因および経過)	ノドの痛みと発熱	
		2. ケガ (原因および経過)		
	5 診療を受けた期間	(令和)	7 年 8 月 15 日 から 7 年 8 月 15 日	日数 1 日
	5 - 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	日数 日
6 診療の内容	診察、検査、薬の処方			
7 療養費の支給申請の理由	1. 入社して間もなく、健康保険の加入手続き中だったため → 添付書類：【領収書、明細書】	2. 緊急でやむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため → 添付書類：【領収書、明細書】	3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため → 添付書類：【前 た	4. その他 (理由)

申請理由ごとに  
必要書類を添付してください。