

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)  
家 族

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	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="checkbox"/> 平成
	氏名	(フリガナ)						
	住所	(〒	—	)	都	道	府	県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)					

「委任状」欄に日付を記入のうえ署名してください。

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(予定)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	退職(予定)者又は法定相続人の方が申請する場合はご記入ください。					
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )			本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 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・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

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)

1

2

被保険者(申請者)・事業主記入用

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) 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"/>	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】 4. その他 (理由)	

事業主記入欄	上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
		電話 ( )

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)  
家 族

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	生年月日	年	月	日		
	被保険者の (右づめ)	11	123456	<input type="checkbox"/> 昭和	3	5	5	34 歳
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ		<input checked="" type="checkbox"/> 平成				
	住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 )		都道府県	△△市△△番△△号 △△△マンション601			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 070 (0000) 1111							
「委任状」欄に日付を記入のうえ署名してください。								

委任状	被保険者 (申請者)	氏名	健保 太郎	令和 7 年 9 月 7 日
	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(予定)者も必ず署名してください。			

振込先指定口座	退職(予定)者又は法定相続人の方が申請する場合はご記入ください。						
	金融機関 名称	〇〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ( )	×××	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 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・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

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)

1 2 被保険者(申請者)・事業主記入用

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	2	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：【領収書、明細書】 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。

事業主記入欄

※被保険者は記入しないでください。

社会 提出