

1 療養費支給申請書(立替払等)
立替払等の場合

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1 2 ページ

医療機関窓口で医療費の全額を支払い、払い戻しを受ける場合等にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

記号・番号(定形) 21700023 1 2 01 05 10

氏名(カタカナ) キョウカイ タロウ

氏名 協会 太郎

郵便番号(ハイフン付) 1050000 電話番号(定形ハイフン付) 090XXXXXX

住所 東京 港区 1-1 △△マンション101

金融機関名称 ○○○○ 支店名 ○○○○ 口座番号 1234567

預金種別 1 普通預金

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

社会保険労務士の提出代行署名記入欄

66112101

資格情報のお知らせに記載されている記号と番号をご記入ください。
※枝番は記入不要です。

資格情報のお知らせ

記号 21700023 番号 1 枝番 00

氏名 協会 太郎

生年月日 平成 25年 5月 18日

資格取得年月日 令和 2年 1月 1日

保険者番号 99999999

保険者名称 全国健康保険協会 ○○支部

家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、通帳見開き部分に記載されている振込用の口座番号等(漢数字3文字の店名・7桁の口座番号)をご記入ください。

金融機関名称 ゆうちょ 支店名 二三八 口座番号 1234567

預金種別 1 普通預金

記号・番号を記入した場合は記入不要です。

受診者が複数いる場合は、受診者ごとに申請書を作成してください。

自費で診療を受けた期間の始めと終わりの日をご記入ください。

領収書(領収明細書)に記載されている金額をご記入ください。

他の手続きで領収書などが必要になる方は、申請書提出前にコピーの上、原本をご提出ください(申請書に添付いただいた書類はお返しできません)。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1 2 ページ

被保険者氏名 協会 太郎

①-1 受診者 2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

①-2 受診者の氏名(カタカナ) キョウカイ シ・ロウ

①-3 受診者の生年月日 2 18 10 26

② 傷病名 左足首ねん挫 ③ 発病または負傷年月日 2 06 04 02

④-1 傷病の原因 1. 仕事以外(業務外)での傷病 2. 仕事で発生した傷病 3. 通勤途中での傷病

④-2 労働災害、通勤災害の認定を受けているかどうか

④-3 傷病の原因は第三者の行為(交通事故や火災等)によるものかどうか

⑤-1 診療を受けた医療機関の名称 ○○総合病院

⑤-2 診療を受けた医療機関等の所在地 東京都○○区○○

⑤-3 診療した医師等の氏名 ○○ ○○

⑦ 診療を受けた期間 令和 06 年 04 月 02 日 から 令和 06 年 04 月 06 日

⑧ 療養に要した費用の額(円) 9600

⑨ 診療の内容 診察のうえ、湿布薬を処方された。

⑩ 療養費申請の理由 1. マスク着用証が交付されず、医療費を全額自己負担したため 2. 他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. 入院給付金等の返還を申請するため

661122101

全国健康保険協会 協会けんぽ

2/2