

健康保険 被保険者 家族療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

ページ

被保険者記入用



記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族療養費 支給申請書(立替払等) 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	自署の場合は押印を省略できます。			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()					

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 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
	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(ˆ)は1字としてご記入ください。)	口座名義 の区分
			<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者	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。	平成 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所 「被保険者情報」の住所と同じ	
	被保険者との 関係		

※ご注意ください

家族(被扶養者)の方の療養費の立替払等であっても、被保険者欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などの情報をご記入ください。

「被保険者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

被保険者のマイナンバー記載欄
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印

(29.10)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

様式番号

協会使用欄

6	6	1	1	1	9
---	---	---	---	---	---

1				
---	--	--	--	--

被保険者氏名

申請内容

① 受診者

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

①-① 家族の場合はその方の

氏名

生年月日

昭和 平成

年 月 日

② 傷病名

③ 発病または
負傷年月日

平成 年 月 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)

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

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

名称

所在地

診療した医師等の氏名

⑥ 診療を受けた期間

(平成) 年 月 日

(平成) 年 月 日

から

まで

日数

日

⑥-① 上記の期間に
入院していた場合は、
その期間

(平成) 年 月 日

(平成) 年 月 日

から

まで

日数

日

⑦ 療養に要した費用の額

円

⑧ 診療の内容

⑨ 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

9. その他 (理由)

様式番号

6 6 1 2 1 8