

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



医療機関窓口で療養費の全額を支払い、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。

被保険者(申請者)情報	被保険者証	記号 (左づめ) <input type="text"/>	番号 (左づめ) <input type="text"/>	生年月日	<input type="text"/> 1.昭和 2.平成 3.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>			
	氏名				※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。被保険者がお亡くなりになっている場合は、相続人よりご申請ください。
	郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input type="text"/>	
	住所	都 道 府 県 <input type="text"/>			

振込先指定口座	振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。			
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>	

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

2 ページ目に続きます。 >>>

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の  
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)						
添付書類	領収書	<input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備	診療費用	<input type="text"/>	円	負担割合	<input type="text"/>	%
	診療明細 (レセプト)	<input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備 3. 同意書	戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/> 1. 添付	口座証明	<input type="checkbox"/> 1. 添付		
申請内容	診療期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	日間	申請理由	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者証不所持 2. 他健保証使用 3. 食事療養費 9. その他	入院外来	<input type="checkbox"/> 1. 入院 2. 外来	
	その他	<input type="checkbox"/> 1. その他	(理由)	枚数	<input type="text"/>			

6 6 1 1 1 1 0 1

受付日付印

(2024.6)

