

健康保険 被保険者  
家族

## 療養費支給申請書（立替払等）

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者証の （右づめ）	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <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 ( )		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）				

## 【申請に必要な書類】

- ①療養費支給申請書
- ②診療報酬明細書
- ③領収書（原本）

- 注意事項1 診療報酬明細書をお持ちでない方は業務課（☎054-282-1416）までお問い合わせください。
- 2 各医療機関ごとに申請書を分けて請求してください。例えば、外来と薬局を受診した場合は申請書を2枚に分けて請求してください。
  - 3 各月ごとに請求をしてください。例えば、月をまたいで受診した場合、申請書は各月ごと2枚に分けて請求してください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

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)

1

2

被保険者(申請者)記入用

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  令和

年 月 日

2 傷病名

3 発病または  
負傷年月日

R 年 月 日

4 発病の原因および経過  
(詳しく)

1. 病気

(病気・ケガの原因および経過)

2. ケガ

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

6 診療を受けた期間

(R) 年 月 日

から (R) 年 月 日

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

(R) 年 月 日

から (R) 年 月 日

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)