

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	13	番号	2000	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)				☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	4	5	0410
	氏名・印	(フリガナ) ミツイ タロウ 三井 太郎			印	自署の場合は押印を省略できます。		
	住所	(〒 350 - 0193) 埼玉 比企郡川島町八幡6-13			都道府県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 049 (297) 9523							
☒ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)								

振込先指定口座	金融機関 名称	三井住友		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	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1234567	左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。) ミ ツ イ タ ロ ウ			口座名義 の区分

「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 (申請者)	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。		令和 年 月 日
	氏名・印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()		委任者と 代理人との 関係
	住所 (フリガナ)	氏名・印		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

(元.5)
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)

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

三井 太郎

申請内容

1 受診者

1

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

盲腸炎

3 発病または
負傷年月日

令和 3 年 1 月 1 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1

1. 病気

(原因および経過)

旅行から帰る途中、激しい腹痛により受診
盲腸炎と診断され、手術を受けた

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

三井病院

群馬県渋川市〇〇 △△-××

健保 一郎

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

年 月 日

0 3 0 1 0 1

から

0 3 0 1 0 7

まで

日数

7 日

6 - 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

年 月 日

0 3 0 1 0 1

から

0 3 0 1 0 7

まで

日数

7 日

7 療養に要した費用の額

300,000 円

8 診療の内容

検査・手術

9 療養費の支給申請の理由

2

- 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため
- 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
- 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)