健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（立替払等）

1 2

被保険者（申請者）記入用

令和　　年　　月　　日 提出

被保険者（申請者）情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号　　番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
氏名	（フリガナ）	生年月日　□ 昭和　□ 平成　□ 令和　年　月　日
住所	（〒　　ー　　）　都 道 府 県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）	

振込先指定口座

□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）

注）口座情報の反映には登録から数日を要します。

金融機関名称	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	普通	口座番号（左づめ）
口座名義（カタカナ）	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。	

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

注）1.緊急その他やむを得ず診療を受け、自費で支払った時は
その【診療報酬明細書】（保険点数記載があるもの）及び【領収書】、【調剤報酬明細書】（原本）を添付してください。
2.傷病が第三者行為によるときは、「第三者の行為による傷病届」を添付してください。

決定年月日	令和　年　月　日	
支払年月日	令和　年　月　日	
支給決定金額	円	
常務理事	事務長	担当者

支払済印	受付日付印

健康保険 被保険者 家族 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	□ 被保険者　□ 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	令和　年　月　日
4 発病の原因および経過（詳しく）	□ 病気（原因および経過）		
	□ 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	（令和）年　月　日 から	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	（令和）年　月　日 から	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	□ 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため □ 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため □ 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため □ その他（理 由）		