

被保険者(申請者)情報

被保険者証の  
(右づめ)

記号     ○

番号     ○○ ○○ ○○ ○○

生年月日 年 月 日

昭和

平成

令和

氏名・印 (フリガナ) ケンポ タロウ  
健保 太郎

住所 (〒 ○○○ - ○○○○ ) ○○ 都道 〇〇市〇〇町1-1  
府県

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 本店 支店  
農協 漁協 出張所  
その他 ( ) 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 ○○○○        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(゚)は1字としてご記入ください。)  
ケンポ タロウ

口座名義の区分 1 1. 申請者  
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

本申請に基づき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

被保険者 (申請者) 氏名・印 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ

住所 (〒 - ) TEL ( )

代理人 (口座名義人) (フリガナ) 委任者と代理人との関係

氏名・印

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

- ・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

(29.3)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者氏名 健保 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	風邪	3 発病または 負傷年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 〇〇年 <input type="checkbox"/> 〇〇月 <input type="checkbox"/> 〇〇日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>(原因および経過)</p> <p>1. 病気 <b>帰省中に発熱。原因不明</b></p> <p>2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。</p> </div>		
	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
		〇〇病院	〇〇県〇〇市〇〇-〇-〇	〇〇 〇〇
	6 診療を受けた期間	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		〇〇薬局	〇〇県〇〇市〇〇-〇-〇	〇〇 〇〇
	6 診療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 年 月 日	から	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 年 月 日
6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	から	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
7 療養に要した費用の額	〇〇, 〇〇〇 円			
8 診療の内容	診察、薬の処方			
9 療養費の支給申請の理由	<p>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</p> <p>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</p> <p>3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため</p> <p>2 9. その他 (理由)</p>			

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

被保険者 (申請者) 記入用

被保険者氏名 健保 太郎

申請内容

1 受診者 2 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 健保 花子

生年月日

昭和  平成  令和

〇〇年〇〇月〇〇日

2 傷病名 椎間板ヘルニア

3 発病または 負傷年月日

平成  令和 〇〇年〇〇月〇〇日

4 発病の原因および経過 (詳しく)

2 1. 病気 原因不明

(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

〇〇病院

〇〇県〇〇市〇〇-〇-〇

〇〇 〇〇

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  令和 年 月 日 〇〇 〇〇 〇〇

から

平成  令和 年 月 日 〇〇 〇〇 〇〇

まで

日数

10

日

6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間

平成  令和 年 月 日

から

平成  令和 年 月 日

まで

日数

日

7 装具等の装着について 指示を受けた日

平成  令和 年 月 日 〇〇 〇〇 〇〇

8 装具装着日

平成  令和 年 月 日 〇〇 〇〇 〇〇

9 療養に要した費用の額

〇〇, 〇〇〇 円

10 診療の内容

コルセット装着

11 療養費の支給申請の理由

5 5. 治療用装具を作成したため