

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払等、生血)

1

2

記入見本

提出先：健保組合

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 1	番号 1234	部署 リハ3東	職種 看護師	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 010203
	氏名	(フリガナ) チカモリ シロウ 近森 次郎				
	住所	(〒 780 - 0056) 高知 都道府県 高知市北本町1丁目1-28 □△マンション 101号				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (1234) 5678				

振込先指定口座	金融機関 名称	四国 <input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 漁協 その他 ()			<input checked="" type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 出張所 <input type="radio"/> 本所 <input type="radio"/> 支所
	預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	〇〇〇〇〇〇	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。) チカモリ シロウ			口座名義 の区分

「2」の場合は必ずご記入ください。

本人名義ではない口座を
指定の場合のみ

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	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			

- ・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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(R3.1.22 改訂)

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、生血)

1

2

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	受診者が「家族」の場合 <input type="checkbox"/> 令和 月 日
2 傷病名	咽頭炎	3 発病または負傷年月日	令和 2 年 1 月 1 日
4 発病の原因および経過 (詳しく)	1. 病気	(原因および経過) 帰省中12/31から喉の痛み、1/1朝に高熱があり午後になっても熱が下がらなかったため受診	
	2. ケガ	ケガの場合は「負傷原因届」を添付	
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	高知 <input type="radio"/> 都 <input type="radio"/> 道 <input checked="" type="radio"/> 府 <input type="radio"/> 県	
	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	日数 1 日
	020101	から 020101	まで
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	日数 日
7 療養に要した費用の額	0,000 円		
8 診療の内容	3 1. 診察のみ 2. 処方のみ 3. 診察と処方 4. 生血 5. その他 ()		
9 療養費の支給申請の理由	2 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 4. 輸血用の生血代金 9. その他 (理由)		

※ 医療機関等で発行された「診療明細書」、「領収(明細)書」いずれも原本を添付