

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	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号 1	番号 1234	部署 リハ3階	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 高知市北本町1丁目1-28 □△マンション 101号 府県				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 ( 1234 ) 5678				

振込先を下の欄に記入するか、次の2つのうち希望するものに☑を入れてください。

給与口座を利用します。近森会健保組合が事業主に照会し口座情報を取得することに同意します。

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。

注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

振込先指定口座	金融機関 名称	四国 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ( )			<input checked="" type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 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

振込先指定口座に間違いがあった場合は、近森会健康保険組合より事業主に照会を行い、給与口座に振り込ませていただきます。

「？」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	
	代理人 (口座名義人)	住所	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	氏名	(フリガナ)	委任者と 代理人との 関係

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 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 都道府県 府 県		
6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数	1 日
	0 2 0 1 0 1	から 0 2 0 1 0 1	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			
9 療養費の支給申請の理由	2 1. 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 2. 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 3. 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 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