

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)情報	被保険者等記号・番号(右づめ)	記号	番号	枝番	マイナンバー
		1 2 3	4 5 6	0 0	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2
	氏名	(フリガナ) ソウコ タロウ	倉庫 太郎		生年月日
			被保険者とは、お勤めされ保険料をご負担されている方を指します。被扶養者の方の名前を記入しないよう注意してください。		昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>
					年 月 日 4 8 0 1 0 1
	住所	〒 100 - 1234		マンション・アパート名まで記入してください。	
	電話番号	自宅 03 (1234) 5678	東京	江東区富岡1-1-1	
		携帯 090 (9876) 5432	都 道 府 県	ライオンズマンション503	
	委任選択欄	申請書の審査 組合からの問い合わせ並びに決定通知書の送付先をお選びください。			
		1. 上記の被保険者(申請者)住所・電話番号へ送付・問い合わせを希望します。			
		2. 事業所の担当者経由で、送付・問い合わせを希望します。(申請書提出時に既に退職されている方は「1」を選択してください)			

振込先指定口座	金融機関名称	ゆうちょ	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他	108	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1	1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 通知	口座番号	0 1 2 3 4 5 6
	口座名義	ソウコ タロウ		口座名義の区分	1

※7桁未満の場合は、頭に0をつけて7桁での記入にご協力ください。

「2」の場合は受取代理人の欄を必ず記入ください。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	氏名	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。		年 月 日
	代理人(口座名義人)	住所	被保険者(上記でいう太郎さん)以外の口座を記入された場合は、こちらの「受取代理人の欄」に被保険者と代理人の署名が必要となります。※配偶者の方も代理人にあたります、署名漏れがないようご注意ください。		申請者との身分関係

「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

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)

1

2

被保険者(申請者)記入用

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

倉庫 花子

生年月日

昭和 平成 令和

48 年 11 月 30 日

2 傷病名

風邪

3 発病または
負傷年月日

R5 年 5 月 1 日

4 発病の原因および経過

1

- 1. 病気
- 2. ケガ

(ケガの場合は、いつ、どこで、何を、どのように負傷したか記入)

5 診療を受けた医療機関等

名称

江東病院

所在地

江東区富岡2-2-2

名称

富岡薬局

所在地

江東区富岡2-2-3

6 診療を受けた期間

R5 年 5 月 1 日から R5 年 5 月 1 日まで

7 代金を支払った日

R5 年 5 月 1 日 (領収書の日付)

8 療養に要した費用の額

8,500 円

注.保険証を提示せず10割負担した場合は10割の金額を記載
注.前の保険証を使用した場合は、医療費を返還した金額を記載

9 診療の内容

診察の後、薬が処方された。

10 療養費の支給申請の理由

1

- 1. 加入して間もなく医療機関等を受診し、資格を確認できなかったため
- 2. マイナ保険証又は資格確認書を提示できなかったため
- 3. 他の保険者で資格喪失
- 9. その他 (理由)

マイナ保険証等を提示できずに10割負担した場合は「1」または「2」になります。
倉庫健保加入後にそれ以前に加入していた健康保険を使用してしまい医療費を返還した場合は「3」になります。