

※欄は記入しないでください

※支給決定伺	資格	取得	昭平令	年	月	日	支給決定日	令	年	月	日	常務理事				
		喪失	令	年	月	日	支払年月日	令	年	月	日					
	支給決定額				円	支給期間	令	年	月	日から	日間	令	年	月	日まで	担当者
	備考															

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

立替払等
治療用装具
生血

1

2

被保険者(申請者)記入用

◎訂正箇所は二重線で抹消し、正しい内容と訂正者の氏名(フルネーム)をご記入ください。

被保険者(申請者)情報	記号	番号	事業所の名称	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			
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)						
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 平成			
	住所	(〒 -)	都 道	府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)							

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。また、受取代理人を指定する場合は、区分2.に○をつけ受取代理人の欄に記入してください。					
	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。				口座名義の区分

※2 受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	令和 年 月 日	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。
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	氏名
		住所 (フリガナ)	氏名

※「2」の場合は必ずご記入ください。

受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用することはできません。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

(R6.12)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

被保険者氏名

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

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)

1. 病気

(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

名称

所在地

診療した医師等の氏名

(○で囲んでください)
6 申請内容選択

1. 立替払等
(理由)

〈立替払の期間〉

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 日数 日

【立替払をした理由】

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
4. あんま・針灸・マッサージの支払いをしたため
5. その他()

2. 治療用装具

〈装具装着日〉 (令和) 年 月 日

3. 生血

〈生血購入日〉 (令和) 年 月 日

7 療養に要した費用の額

円

8 診療の内容

【添付書類】

■〈あんま・マッサージ・はり・きゅう〉月単位：1日～月末ごとの申請

- 〈立替払等〉①診療明細書
②領収書(原本)

- ①施術内容を証明した書類(原本)
- ②領収書(原本)
- ③医師の同意書(原本) 同意内容については医師に照会することもあります

※施術報告書が交付された場合はその写しを添付

- 〈治療用装具〉①医師の「意見書および装具装着証明書」等
②領収書(原本)
- 〈生血〉①輸血証明書
②領収書(原本)

- 〈靴型装具〉①当該装具の写真(実際に装着する現物であることが確認できるもの)