

被保険者（申請者）記入用

1

2

健康保険 被保険者 家族

療養費支給申請書(立替払等)

年月日	支給額	年	月	日	¥
事務長・次長	部長・代理	課長・代理	係長	係	決 裁

被 保 険 者 申 請 者 情 報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)					
	氏名・印	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	自署の場合は押印を省略できます。		
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☑)						

健 保 記 入 欄	法定給付		円
	付加給付		円
	合計		円

【申請に必要な書類】

- ①療養費支給申請書
- ②診療報酬明細書
- ③領収書(原本)

- 注意事項1 診療報酬明細書をお持ちでない方は業務課(☎054-282-1416)までお問い合わせください。
2 各医療機関ごとに申請書を分けて請求してください。例えば、外来と薬局を受診した場合は申請書を2枚に分けて請求してください。

「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

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

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)

1 2
被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 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		3 発病または負傷年月日	H・R 年 月 日	
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ	(病気・ケガの原因および経過)		
	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	
	6 診療を受けた期間	(H・R) 年 月 日	(H・R) 年 月 日	まで	日数 日
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(H・R) 年 月 日	(H・R) 年 月 日	まで	日数 日
	7 療養に要した費用の額	円			
	8 診療の内容				
9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 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 9. その他 (理由)				