

健康保険 **被保険者  
家 族** 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(申請者)情報	記号	1 2 5 0	番号	0 0 0 0 0 1	生年月日	年	月	日
	被保険者証の(右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	6	0	0 8 0 2
	氏名	(フリガナ)	ケンポ タロウ					
			健保 太郎					
住所	(〒 350 - 0001 )	埼玉 都道府県 川越市〇〇1-1-1						
電話番号(日中の連絡先)	TEL 090 (0001) 0001							
<input checked="" 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□にレ)								

振込先指定口座	金融機関名称	健康信用	銀行 <b>金庫</b> 信組 農協 漁協 その他( )	健康	本店 <b>支店</b> 出張所 本所 支所
	預金種別	1	1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	1 2 3 4 5 6
	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。)			口座名義の区分
	ケンポ・ タロウ				

「2」の場合は必ず記入ください。

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					
	氏名	(フリガナ)					

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

常務理事	事務長	係長	担当者

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

健保 太郎

申請内容

1 受診者	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">2</div> 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 <b>健保 健一</b>	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 28年 2月 2日	
2 傷病名	<b>溶連菌感染症</b>	3発病または負傷年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 2年 3月 9日	
4 発症の原因および経過(詳しく)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                 (原因および経過)  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">1</div> 1.病気                  高熱の為、受診。検査を受けた結果、溶連菌の陽性反応。抗生剤(10日分)、解熱剤を院内処方され、服用を開始し、翌日、解熱。なお、2週間後の尿検査で異常なし。                   2.ケガ <b>➡</b> 負傷原因届を併せてご提出ください。             </div>		
5 診療を受けた医療機関等の	名称 <b>こどもクリニック</b>	所在地 <b>埼玉県川越市〇〇3-3-3</b>	診療した医師等の氏名 <b>小林 太郎</b>
	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 から 年 月 日 まで 日数 <b>2</b> 日 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">3</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">0</div> <span style="margin: 0 5px;">から</span> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">3</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">5</div> <span style="margin: 0 5px;">まで</span> </div>		
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 から 年 月 日 まで 日数 日 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;"> </div> <span style="margin: 0 5px;">から</span> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;"> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;"> </div> <span style="margin: 0 5px;">まで</span> </div>		
7 療養に要した費用の額	10,600 円		
8 診療の内容	<b>問診、溶連菌検査、尿検査</b>		
9 療養費の支給申請の理由	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">2</div>                 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                   (理由)                  9.その他             </div>		