

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
	被保険者等記号・番号(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 金庫 信組 農協 漁協 その他()	健康	本店 支店 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(ㇿ)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	(フリガナ)				
	氏名						

「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	<input type="checkbox"/> 1.被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 2.家族(被扶養者)		
1-①家族の場合はその方の	氏名 健保 健一	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	溶連菌感染症	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)	(原因および経過) <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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 こどもクリニック	所在地 埼玉県川越市〇〇3-3-3	診療した医師等の氏名 小林 太郎
	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 020310 から 020325 まで	年 月 日	日数 2 日
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	日数 日
7 療養に要した費用の額	10,600 円		
8 診療の内容	問診、溶連菌検査、尿検査		
9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 (理由) <input type="checkbox"/> 9.その他		