

受付日付印

	常務理事	事務長	係

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

(R3.4)

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)			☐ 昭和		
				☒ 平成		
				☐ 令和		
氏名	(フリガナ) トモエガワ タロウ		※自筆署名の場合は捺印不要			
住所	(〒 ○○○-○○○○)		A	都道府県	B市C区33-4-1	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ○○○(○○○)○○○○					
☒ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

受取代理人の欄	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
	被保険者 (申請者)	氏名 巴川 太郎	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)	住所	委任者と 代理人との 関係
		氏名	

同意書

私は、貴組合が本申請の支給について関係諸機関に照会することに同意します。
本件については、一切の異議・請求等申し立てをしません。
なお、本書の写しも有効とします。

令和 ○○年 ○○月 ○○日

氏名(自書)

巴川 太郎

「申請者記入用」は2ページに続きます。》》》

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

巴川 太郎

申請内容

1 受診者

1

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

年 月 日

2 傷病名

※ 診断書等を参照して記入してください

3 発病または
負傷年月日

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

2

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ

(負傷原因)

※ 診断書等を参照して記入してください

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

〇〇医院

〇〇県〇〇市〇〇

〇〇〇〇

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
〇 〇 〇 〇 〇 〇

から 令和 年 月 日
〇 〇 〇 〇 〇 〇

まで

日数

〇〇

日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間

年 月 日
〇 〇 〇 〇 〇 〇

から 年 月 日
〇 〇 〇 〇 〇 〇

まで

日数

日

9 療養に要した費用の額

〇〇,〇〇〇 円

10 診療の内容

※ 診断書等を参照して記入してください

11 療養費の支給申請の理由

2

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