

健康保険

被保険者
被扶養者

療 養 費

支給申請書

(立替払等)

被保険者（申請者）情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 	番号 	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 		
	氏名	(フリガナ) 		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	住所	(〒 —) 都 道 府 県				
	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 ☒)						

振込先指定口座	☐ 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 ☒ 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。					
	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)			
▼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 (カタカナ)						

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

支 給 決 議 書						
伺年月日	年 月 日		常務理事	事務長	担当者	
決裁年月日	年 月 日					
療養費支給額	円					
			支払年月日		受付日付印	

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

6 診療を受けた期間

令和 年 月 日

令和 年 月 日

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

から

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

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

令和 年 月 日

令和 年 月 日

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

から

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

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

☐

1. 緊急のためやむを得ず受診し、マイナ保険証（資格確認書）を持っていなかったため

2. 資格取得間もなく、資格確認書が届いていなかったため

3. マイナ保険証の更新手続き中、紛失又は電子証明書有効期限切れのため

4. 誤って資格喪失した先の保険者の資格確認書を使用したため

(理 由)

9. その他