

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	1	番号	1 2 3 4	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)				☒ 昭和 ☐ 平成	4	5	4 1 0
	氏名・印	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎				自署の場合は押印を省略できます。		
	住所	(〒 1 2 3 - 4 5 6 7) 東京 中央区築地9-9-9 〇〇マンション503						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (1234) 5678							
☒ 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	金融機関 名称	三井住友		〇〇〇〇
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	0 2 3 4 5 6 7
	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。) ケンボ゜ タロウ		口座名義 の区分

阪和興業社員は口座の記載は不要です。(給与とともに阪和興業から振込まれます)

「2」の場合は
必ず記入・押印

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・印	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・印		記入不要			

「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	

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日付印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容

1 受診者

2

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

健保 一郎

生年月日

☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和

15 年 5 月 23 日

2 傷病名

食あたり

3 発病または
負傷年月日

令和 2 年 12 月 24 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1

1. 病気

(原因および経過)

生ガキを食べてあたった

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

阪和総合病院

所在地

広島県広島市〇〇1-2-3

診療した医師等の氏名

阪和 一郎

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

年 月 日

2 1 2 2 4

から

2 1 2 2 4

まで

日数

1

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

年 月 日

から

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

10,600

円

注:立替払いの療養費の申請にはレセプトの添付が
必要です。受診した病院から受け取ってください。

8 診療の内容

ノロウィルス

9 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

9. その他

(理 由)