

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書  
家族

立替払・治療用装具

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	被保険者氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒	—	電話番号 (日中の連絡先)	( )
				提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

振込先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連 支店・本店・出張所 支所・本所	金融機関・支店コード	—
	口座名義 (カタカナで記入)		預金種別	普通・当座・その他( )
	公金受取口座	<input type="checkbox"/> 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、上記の口座情報の記入は不要です。)		

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日
		代理人 (口座名義人)	住所 氏名 被保険者との関係( )

申請内容	受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ	
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日 続柄( )	
	傷病名		発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令 年 月 日 午前・午後 時頃	
	発病又は負傷の原因及び状況 (けがの場合は、どこでどのように負傷されたか)	時間帯	勤務時間中・勤務日の休憩中・出張中・私用中・出勤途中・退勤途中・その他( )		
		場所	会社内・路上・駅構内・自宅・学校・その他( )		
		原因	交通事故・ケンカ・スポーツ中・職場行事・その他( )		
		状況	具体的に詳しく		
	診療を受けた病院等	名称	所在地	診療した医師の氏名	
	診療期間(支給期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	(日数 日)		
	上記期間に入院していた場合はその期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	(日数 日)		
装具装着日	令和 年 月 日 装着	療養に要した費用	円		
診療の内容					
療養の給付を受ける ことができなかった理由					

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

受付日付印

マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄