

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

記入例

被保険者(申請者)情報	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	
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1 1	1 1 1 1	
	氏名	(フリガナ) サノ タロウ 佐野 太郎	生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和 年 月 日 5 7 0 1 0 1
	住所	(〒 559 - 0011) 大阪 都 道 府 県	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 06 (6655) 0551 大阪市住之江区北加賀屋5-2-7

☒ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☒)

委任状	☒ 事業主 委任払いを利用する。(利用する場合は ☒ のうえ、下記の欄を記入。)			
	被保険者 氏名	佐野 太郎 印 ※被保険者本人が署名した場合は押印は不要です。		
	代理人	事業主	住所	(〒 530 - 6109) 大阪市北区中之島3-3-23

事業主 代表者名	サノヤスホールディングス株式会社 代表取締役社長 ○○ ○○○ 印
-------------	--------------------------------------

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)	
	口座名義 (カタカナ)	▼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。 		

支給決定額

円

「申請者記入用」は2ページに続きます。》》》

受付日付印

回 覧 印	常務理事	事務長	担 当

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

佐野 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

佐野 花子

生年月日

☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和

4 年 1 月 31 日

2 傷病名

骨折

3 発病または
負傷年月日

令和 6 年 10 月 1 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

佐野医院

所在地

大阪市北区中之島3-3-3

診療した医師等の氏名

佐野 正

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

0 6 1 0 0 1

から

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

9,530

円

8 診療の内容

9 療養費の支給申請の理由

1

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

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

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

9. その他

(理 由)