

記入例

健康保険被保険者家族療養費支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

振込先指定銀行口座の通帳若しくはキャッシュカードの写しを必ず添付して下さい。

被保険者(申請者)情報	被保険者証の(右づめ)	記号	番号	生年月日	年 月 日
		<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="〇〇〇〇〇"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text" value="6"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>
	氏名・印	(フリガナ)	ケンホ 知由 健保 太郎		印
住所	(〒 ××× - ××××)	東京	都道府県	新宿区 △△ 2-2-2	
電話番号(日中の連絡先)	TEL 080 (1 1 1 1) ××××				

振込先指定口座	金融機関名称	△ △ △		銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="text" value="1"/>	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text" value="〇〇〇〇〇〇〇"/>
	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。)			左づめでご記入ください。
	<input type="text" value="ケンホ 知由 タロウ"/>			口座名義の区分	<input type="text" value="1"/> 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	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
		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)	(〒 -) TEL ()	委任者と代理人との関係	
	住所	(フリガナ)	氏名・印	印

「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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

被保険者氏名 健保 太郎

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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	〇〇病	3 発病または 負傷年月日	令和 3年 4月 1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) 原因および経過を詳しく記入してください 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
		△△病院	東京都港区〇〇×-×-×	□□ □□
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数
		0 3 0 4 0 1	から 0 3 0 4 0 1	まで 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	日数
		から	まで 日	
7 療養に要した費用の額	〇,〇〇〇 円			
8 診療の内容	診療内容について記入してください			
9 療養費の支給申請の理由	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 2 9. その他 (理由)			