

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)情報	被保険者等 記号・番号	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	(〒 -)		電話番号 (日中の連絡先)	()	

申請内容	1 受診者	被保険者 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)							
	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		
		1.						
		2.						
	6 診療を受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	6 - ①左記の期間に 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				
	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. 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 4. その他 [(理由)]						

振込先指定口座	<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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。</small>			
	金融機関 名称	銀行 金庫	本店 支店 出張所	預金種別 普通・当座・その他
口座番号				口座名義 (カタカナ)