

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払 はり・きゅう あんま・マッサージ)

健保記入欄
支給決定額
支給内訳 (法定 付加)
資格取得
伺年月日
令和 年 月 日
常務理事
事務長
担当者
資格喪失
令和 年 月 日

被保険者(申請者)情報
記号
番号
生年月日
昭・平・令 年 月 日
氏名 (フリガナ)
事業所名称
住所 (〒 -) (都 道 府 県)
電話番号 (日中の連絡先) TEL ()
 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)

※在籍者が請求する場合は、「受取代理人の欄」を記入、喪失者の場合は、「振込先指定口座」を記入して下さい。

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。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。
口座名義 (フリガナ)
金融機関名称 (銀行 労金 本店 農協 信金 支店)
預金種別 1.普通 2.当座
口座番号
左づめでご記入ください。

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
氏名
住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
代理人の事業所(工場)又は住所
代理人の氏名

- 訂正は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください
被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄にご記入ください
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

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

202412改訂

受付日付印

備考

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

健康保険被保険者療養費支給申請書

立替払
はり・きゅう
あんま・マッサージ

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 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	昭・平・令	年 月 日
	2 傷病名		3 発病または 負傷年月日	令和	年 月 日
	4 発病または負傷の原因	(原因)			
		第三者の行為による傷病か	はい・いいえ	届出の有無	ある・ない
	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	
	6 診療を受けた期間	(令和)	年 月 日 から	年 月 日 まで	日数 日間
	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 から	年 月 日 まで	日数 日間
	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	<input type="checkbox"/> <ol style="list-style-type: none"> 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 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 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため その他 (理由) 				