

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) 家族

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等(右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
	住所	(〒	-)	都	道	府
	電話番号(日中の連絡先)	TEL	()			

振込先指定口座	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	<p style="text-align: center;">給与口座へ振込みのため記入不要です マイナポータルなどで事前登録した公金受取口座をご利用希望の場合は、健保組合へご連絡ください</p>	
	口座名義		口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 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
	代理人(口座名義人)	住所	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
	氏名・印	(〒	記入不要			
	氏名・印	(フリガナ)	委任者と代理人との関係			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合のみ記入ください。マイナンバーを記載した場合は簡易書留にて郵送ください。(社内便普通郵便不可)

受付日付印

健保組合使用欄

支給額 円

資格取得 年 月 日
認定 S H R 年 月 日

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)
 家 族

1 2
 被保険者(申請者)記入用

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)	続柄	
	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		3 発病または負傷年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 2. けが	病気の場合は原因および経過、ケガの場合はいつどこで何をしていたかどうなったかご記入ください。	
	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
		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
	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
	7 療養に要した費用の額	円 医療費総額(10割)		
8 診療の内容				
9 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 1. 入社(または扶養)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. 誤って旧保険者の被保険者証を使用したため 4. その他 (理由)			

次の2点原本を添付ください

①領収証

医療機関に10割支払った場合は医療機関から、旧保険者へ医療費を返納した場合は旧保険者から、発行された領収証

②診療報酬明細書(診療明細ではありません)

医療機関へ10割支払った場合は、医療機関から交付を受けてください。
 長岡市国民健康保険へ医療費返納した場合、ご本人様が国民健康保険窓口にて診療報酬明細書の交付を受けてください。
 診療報酬明細書が封入されている場合、開封せずにご提出ください。

※自治体医療費助成を受ける場合は、領収証コピーを取り、後日、健保組合からの給付金決定通知と合わせて自治体に申請ください。