

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書(立替払等)

1 2 被保険者(申請者)記入

被保険者(申請者)情報	被保険者証の(右づめ)	記号 3	番号 1 2 3 4	生年月日	年 5	月 3	日 4 1
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎			性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	住所	(〒 000 - 0000) 千葉 都 道 府 県			千葉市〇〇区〇〇〇〇1-2-3		
電話番号(日中の連絡先)	TEL 000 (000) 0000						

必要書類を添付のうえ療養費の申請をします。 令和  ( ) 3年6月20日

・被保険者が在籍中は、事業所を通じて支払われます。(下記の振込先は、退職された方のみ記入してください。)

振込先指定口座	金融機関名称	〇〇 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> 出張所 その他 ( ) <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所		
	預金種別	普通口座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 左づめでご記入ください。
	口座名義	▼名義人は本人名義に限ります。 カタカナでご記入ください。(姓と名の間は1マス空けて、濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)		
		ケンポ ° タロウ		

- 必要書類
- ・医療費を自費で支払ったとき
    - ①傷病名の記載がある【診療報酬明細書】
    - ②診療の要した費用を証明した【領収証(領収明細)の原本】
  - ・国民健康保険などの被保険者証を使用し、医療費の返還を行ったとき
    - ①医療費を返還した保険者から交付を受けた【診療報酬明細書】(封かんされているときは開封せず封筒ごと添付)
    - ②返還請求された金額を支払ったことを証明する【領収証の原本】

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

常務理事	事務長		担当者
支払年月日	年	月	日
支給額	円		

受付日付印	
-------	--

