

健康保険 被保険者 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	被保険者等の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	住所	(〒 -)	都 道	府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()					

必要書類を添付のうえ療養費の申請をします。

令和 () 年 月 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	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ()		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	普通口座	口座番号	<input type="text"/>
	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。)		
	<input type="text"/>			

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】または【振込(送金)控え】

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

