

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書 (立替払等)

被保険者 (申請者) 記入

被保険者 (申請者) 情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者等の (右づめ)	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="1"/>
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ <b>健保 太郎</b>		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
住所	(〒 000 - 0000 )		千葉県 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  ( ) 8 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"/> 〇〇〇 <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	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="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。)		
	<input type="text" value="ケンポ"/> <input type="text" value="°"/> <input type="text" value="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】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	
-------	--

