## 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者(申請者)記入用

被		記号		番号		生年月日	年 月 日	
保険	被保険者等							
者	(右づめ)					□平成		
申語		(フリガナ)				□令和		
署	氏名•印	(2927)						
被保険者(申請者)情報					EP	自署の場合は押印を1 	省略できます。	
	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☑)			
振				(銀行)(	金庫(信組)		(本店)(支店)	
泛	金融機関 名称		(銀行)(金庫)(信組) (農協)(漁協)			(出張所)		
振込先指定口座				(その他) (	)		(本所)(支所)	
戸座	預金種別		普通 3.別段 当座 4.通知	口座番号		左づめでご記	2入ください。	
Ī		▼カタカナ(b	生と名の間は1マス空けて	ご記入ください。濁点	- (゛)、半濁点(゜)は1字としてご記入く	ださい。)		
	<b>口应</b> 2 美					┃ ┃ 口座名義	1. 申請者	
	口座名義	<del> </del>			+	の区分	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		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	
	受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	氏名·印		ED	住所 「被保険者(申請	者)情報」の住所と同じ	
	[조]							
	欄		(〒	104 — 8255	) TEL 03 (	5543 ) 1804	委任者と	
	_		住所	東京都中央区新	∱川1-21-2 茅場町彡	マワー2 F	代理人との 関係	
	_	代理人					人	
		(口座名義人)	(フリガナ) 		Fカイシャ ダ イヒョウトリシマリヤクシャチョウ シ 	マッコウヤクイン コ゛トウセイシ゛ 		
	_		氏名•印	セントラスポー 代表取締役社長	·ツ株式会社 執行役員 後 藤 聖 治	印		
					「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 を記入した場合は不要です (元.5)								
・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 受付日付印 受付日付印								
被保険者のマイナンバー記載欄								
					· ' ' i ' '			
社会保険労務士の								

## 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名		
--------	--	--

申請内容	1	受診者	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)						
容容		1 - ①家族の場合はその方の	氏名		生年月日	□ 昭和	口 平成年	口 令和	日
	2	傷病名			3 発病または 負傷年月日	令和	年	月	日
	4	発病の原因および経過 (詳しく)	1. 病気  (原因および経過)  2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。						
	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	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		療養に要した費用の額		<u> </u>					
	8	診療の内容							
	9 療養費の支給申請の理由		加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため     資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため						