健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（立替払等）

1 2

被保険者（申請者）記入用

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（右づめ）			□昭和 □平成 □令和
氏名・印	（フリガナ）	印	自署の場合は押印を省略できます。
住所	（〒 ー ）	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	□ 1．普通 3．別段 2．当座 4．通知	口座番号	左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は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。）	口座名義の区分	□ 1．申請者 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 氏名・印 印 住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
代理人（口座名義人）	（〒 104 ー 8255 ） TEL 03 （ 5543 ） 1804 住所 東京都中央区新川１－２１－２ 茅場町タワー２Ｆ （ﾌﾘｶﾞﾅ） ｾﾝﾄﾗﾙｽﾎﾟｰﾂｶﾌﾞｼｷｶｲｼｬ ﾀﾞｲﾋｮｳﾄﾘｼﾏﾘﾔｸｼｬﾁｮｳ ｼｯｺｳﾔｸｲﾝ ｺﾞﾄｳｾｲｼﾞ 氏名・印 セントラルスポーツ株式会社 代表取締役社長 執行役員 後 藤 聖 治 印	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 を記入した場合は不要です
・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

被保険者のマイナンバー記載欄

（元.5）

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	印

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（立替払等）

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	□ 1. 被保険者　2. 家族（被扶養者）		
1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　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 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		
8 診療の内容			
9 療養費の支給申請の理由	□ 1. 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 □ 2. 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 □ 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため □ 9. その他（理 由）		