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／ 記入例

被保険者(申請

被保険者情報

被保険者の記号・番号	記号 1141 番号 123456	生年月日 ☐昭和 ☑平成 ☐令和 1年 1月 23日
氏名・印	フリガナ サカイ タロウ 堺 太郎	電話番号 080-1111-2222
住所	（〒 1 2 3 ー 4 5 6 7 ） 〇〇県△△市□□ 1ー1ー1	

振込先指定口座

金融機関名称	ヒッコシ 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（ ）	サカイ 本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	☑普通 ☐別段 ☐当座 ☐通知	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
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。） サ カ イ ハ ナ コ	口座名義の区分 ☐被保険者 ☑代理人

代理人の場合は必ず「受取代理人欄」に記入・押印をしてください。

受取代理人欄

被保険者の氏名・印	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 6 年 12 月 20 日 堺 太郎 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）の情報	住所 〒 123-4567 〇〇県△△市□□ 1ー1ー1	委任者と代理人との関係 妻
	氏名 フリガナ サカイ ハナコ 堺 花子	電話番号 080-3333-4444

申請書は2枚目に続きます。>>>

健保組合使用欄

常務理事	事務長	担当	担当
この欄は記入不要です。			

サカイ引越センター健康保険組合

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書（立替払等）

2／ 被保険者(申請

記入例

被保険者氏名	堺　太郎

申請内容

1　受診者	☑ 被保険者　　☐ 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	偏頭痛
3　発症または負傷年月日	令和　6　年　10　月　1　日
4　発病の原因および経過（詳しく）	☑ 病気　（原因および経過）仕事を終えて、夜帰宅してから頭が痛み始め、翌日起きた後も痛みがより強くなっていたため病院に行った。 ☐ 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：〇〇病院　所在地：〇〇県〇〇市〇〇2－2－2　診療した医師等の氏名：引越　次郎 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）6年10月2日 から （令和）6年10月2日 まで　日数 1 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 （令和）年月日 まで　日数　日
7　療養に要した費用の額	3000 円
8　診療の内容	問診の後、診察を受ける。頭痛薬を処方してもらい経過観察になった。
9　療養費の支給申請の理由（該当の番号を☐に記入）	1

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
4. 小児用治療用眼鏡を作成し、全額自己負担したので療養費として申請するため
9. その他（理由）

サカイ引越センター健康保険組合