

記入例

被保険者
家 族

療養費支給申請書（立替払等）

被保険者（申請者）記入用

注意 ●消えない黒のボールペン等で記入 ●該当する□に✓を記入 ●訂正の場合は二重線および押印必要
●記入漏れがある場合、支給が遅れる場合あり

| | | | | | | | | |
|---------------|---|--|------------------|--|---|-------|--------------------|--|
| 被保険者（申請者）情報 | 被保険者等記号番号 | 記号 | 1 2 * * | 番号 | * * * * * | 従業員番号 | ※事業主から指示があった場合のみ記入 | |
| | 事業所 | 会社名称 | 〇〇〇〇(株) | 所属部署 | 〇〇工場 〇〇部 | | | |
| | 氏名 | (フリガナ) | ケンコウ タロウ | 確認欄 | この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人（被保険者）が作成したものである ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している | | | |
| | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 | 1 年 10 月 10 日 | 電話番号 (日中の連絡先) | 080 (* * * *) * * * * | | | |
| 申請内容 | 住所 | (〒 * * * * - * * * *) | 東京 都道府県 | 日野市〇〇町1-1 | △△マンション101 | | | |
| | 1 受診者 | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族（被扶養者） | | | | | | |
| | 家族の場合はその方の氏名 | 健康花子 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 2 年 2 月 2 日 | | | |
| | 2 傷病名 | 左足首ねん挫 | 3 発病または負傷年月日 | <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 | 2 年 1 月 1 日 | | | |
| | 4 発病の原因およびケガ | <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関に対し、申請書1枚ご提出ください ・支払先で毎月、入院・外来毎、医療機関毎(医科+調剤、歯科+調剤は合算可能) | | | <input checked="" type="checkbox"/> ケガ →「負傷原因届」を併せて提出 | | | |
| | 5 診療を受けた医療機関等の | 〇〇総合病院 | 東京都日野市△△2-2 | 診療した医師等の氏名 | 〇〇 〇〇 | | | |
| | 6 診療を受けた期間 | 令和 2 年 4 月 1 日から 令和 2 年 4 月 1 日まで | 日数 | 1 日 | | | | |
| | 上記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 | 9,600 円 | 領収書に記載されている金額を記入 | | | | | |
| 8 診療の内容 | 診察、レントゲン、電気治療 | | | | | | | |
| 9 療養費の支給申請の理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため <input type="checkbox"/> 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため <input type="checkbox"/> 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> 4. その他（理由 ()） | | | | | | | |
| 受取方法 | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 被保険者等の記号が以下事業所の方 1211、1213、1217、1230、1234、1236、1240 →本申請に基づく給付金に関する受領を事業主へ委任※1（事業主経由で支給） | | | | | | |
| | 2 <input type="checkbox"/> | 被保険者等の記号1219の任意継続の方 →登録口座へ振込み | | | | | | |
| | 3 <input type="checkbox"/> | 1、2以外の方 →指定口座（被保険者名義）に振込み 3.を選択した場合、右記a、bどちらか記入 | | | | | | |
| 指定口座 | | <input type="checkbox"/> a. マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します <input type="checkbox"/> b. 以下指定口座への振込を希望します 金融機関名称 銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 本所 支所 その他 () 支店コード () 出張所 預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 口座番号 ▼カタカナ(姓と名の間は1マス開けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字として記入) 口座名義 | | | | | | |

※「受取方法」の1に該当する方は、原則事業主へ委任払いとしておりますが、やむを得ない事情があり個人口座への振込みを希望する場合は指定口座記入
マイナンバーでの申請を希望する場合は日野健保までご連絡ください。

| | |
|-----|-----|
| 受付印 | 支払印 |
|-----|-----|