

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	☐ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)	(続柄)	
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	年 月 日
4 発病の原因および経過 (詳しく)	☐ 病気 (原因および経過) ☐ ケガ ➡ 負傷原因届(40)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	(日数) 年 月 日 から 年 月 日 まで 日		
6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	(日数) 年 月 日 から 年 月 日 まで 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. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため ☐ 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 ☐ 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため ☐ (理 由) ☐ 9. その他		

添付書類 領収書(原本)

(0404-20-2)