

被保険者（申請者）情報

被保険者等 記号・番号	記号	番号	生年月日	年	月	日
		456	☒ 昭和 ☐ 平成	62	4	10
氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎					
住所	(〒151 - 0051) 東京 都道府県 渋谷区千駄ヶ谷2-37-9					
TEL (日中の連絡先) 03 (3404) 7344			☒ 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任される場合は左記確認欄へ☑をお願いします。)			

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の「氏名」、「住所」をご記入ください。
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。
また、「委任状欄」に振込口座をご記入ください。

振込口座記入例

被保険者 (申請者)	氏名	令和 年 月 日
代理人 (振込口座名義人)	事業所所在地 事業所名称 氏名 電話番号	住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ 令和 年 月 日

ケンボ ジロウ
〇〇銀行 〇〇支店
普通 〇〇〇〇〇〇〇〇

※下記確認欄へ☑をお願いします。

確認欄	この届出については、①または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 記載内容については、誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者が申請書の提出を事業主へ委任される場合、確認欄に☑をお願いします。

必ずご確認いただき、確認欄に☑をお願いします。

委任状欄

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 5 年 7 月 1 日
氏名	健保 太郎	住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
代理人 (健保口座名義人)	(〒151 - 0051) 事業所所在地 事業所名称 氏名 電話番号	令和 5 年 7 月 2 日

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇設計事務所
設計 大助
03 (3404) 9545

受取口座

公金受取口座	☐ 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。 (利用する場合は☑。利用しない場合は上記委任状欄を記入。)
--------	--

公金受取口座をご利用される場合は、委任状欄の記入は不要です。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者の氏名（サイン）をご記入ください。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付印

やむを得ず保険証等を提示できず全額自己負担をしたとき、
他の保険者の保険証等を使用し、医療費の返還を行ったとき
に申請を行ってください。健康保険外の費用のご申請は、支給の対象外です。

●詳細については当組合HPをご参考ください。
トップ>各種手続き>病気やけがをしたとき>医療費の立て替え払い・装具等を購入したとき【療養費】

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容

1 受診者

1

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

咽頭喉頭炎

3 発病または
負傷年月日

令和 5 年 6 月 13 日

4 発病の原因および
経過（詳しく）

1

1. 病気 ➡

のどが痛くなり、高熱が
出たため。

2. ケガ ➡ 負傷原因届を合わ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

〇〇総合病院

東京都〇〇区〇〇 〇-〇

保健 五郎

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

5 6 1 4

から

5 6 1 4

まで

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

まで

7 療養に要した費用

8,280 円

8 診療内容

診療のうえ、投薬をうけた。

9 療養費の支給申請
の理由

1

1. 療養の給付を受けることができなかった理由

受診者が複数いる場合は、受診者ごとに申請書を作成する必要があります。

医療機関・調剤薬局ごとに申請書を作成する必要があります。
また、診療を受けた期間が月をまたぐ場合は、月ごとに申請書を作成する必要があります。

例：入社して間もなく、加入手続き中だったため。
緊急でやむを得ず受診し、全額自己負担をしたため。