

被保険者
家族療養費支給申請書 (立替払等)

1

2

ページ



医療機関窓口で医療費の全額を支払い、払い戻しを受ける場合等にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者(申請者)情報	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日	
	被保険者 記号・番号		<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和	年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日
	氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>		
	氏名	*申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。 被保険者がお亡くなりになっている場合は、 相続人よりご申請ください。		
	郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input type="text"/>
住所	都 道 府 県			

振込先指定口座	振込先指定口座は、 上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。			
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
預金種別	<input type="checkbox"/> 1 普通預金	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>	

2ページ目に続きます

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)



社会保険労務士の 提出代行者名記入欄

以下は、健保使用欄のため、記入しないでください。

(健保記入欄)	支給決定欄			回数	日数	常務理事	事務長		
	支給開始日	年	月			日	担当	担当	
	支給期間	年	月	日	から	日	まで		
	支給決定額	円			日数	日			
備考 (年金調整額等)									

受付日付印
