

受付年月日	年 月 日	支給支払決議書				
同年月日	年 月 日	常務理事	事務長	主任	担当	担当
決裁年月日	年 月 日					
支給額	円	資格取得		年 月 日		
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	資格喪失		年 月 日		
		支払年月日		年 月 日		

1

2

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払等)

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年 月 日
	被保険者証の (右づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和	
			<input type="checkbox"/> 平成	
氏名	(フリガナ)			
住所	(〒 -)	都 道	府 県	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			

「振込先指定口座」は、資格を喪失した方のみ、記入してください。法政大学の方は、事業主に登録されている口座、それ以外の加入者の方は、当健保に登録されている口座に振込いたします。受取代理人を指定する方は、「受取代理人の欄」にご記載ください。

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号
	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。濁点(°)、半濁点(ˆ)は1字としてご記入ください。)	
		口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ずご記入ください。

受取代理人の欄	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 年 月 日
	代理人(口座名義人)	(〒 -) TEL ()	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	住所		委任者と代理人との関係
	(フリガナ)		
	氏名・印		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)

※マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認・本人確認書類の添付が必要となります。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

健康保険 被保険者 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名			3 発病または負傷年月日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) 2. 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	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	(令和) 年 月 日	から	(令和) 年 月 日 まで 日数 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	円		
8 診療の内容				
9 療養費の支給申請の理由	<input 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 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 9. その他 (理由)			

添付書類; 領収書・診療報酬明細書(レセプト)

※ご記入いただいた個人情報は、「法政大学健康保険組合が保有する個人情報の利用目的の公表について」に記載された目的以外には使用いたしません。