

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)
家 族

1

2

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 | | |
| | 被保険者証の | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | 年 月 日 |
| | 氏名 | (フリガナ) | 事業所名 | | |
| | 住所 | (〒 -) | | | |
| 電話番号 (日中の連絡先) | TEL () | | | | |
| <input type="checkbox"/> 療養費の受取については事業主に委任します。(委任する場合は☑) ※ 在職中の方は事業主への委任払いにご協力願います。 | | | | | |

| | | | |
|-----------------------|-------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| 受取代理人の欄 (事業主への委任欄) | 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 |
| | 受取代理人 (事業所の 事業主様) | 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 | 委任者と 受取代理人 との関係 |
| | 氏名 | | |

| | | | | | |
|-------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------|
| 振込指定口座 (委任の場合は事業主口座) | 金融機関 名称 | <input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> その他 | <input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> その他 | | |
| | 預金種別 | <input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座 | 口座番号 | <input type="text"/> | 左づめでご記入ください。 |
| | 口座名義 | (フリガナ) | 口座名義 の区分 | <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 受取代理人 | |

【添付書類】

- ・領収書(原本)
- ・診療明細書(原本)

「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、マイナンバーの記載は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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 | 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 | 年 月 日 <input type="text"/> | 年 月 日 <input type="text"/> | 日数 <input type="text"/> 日 |
| | 6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間 | 年 月 日 <input type="text"/> | 年 月 日 <input type="text"/> | 日数 <input type="text"/> 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) <input type="text"/> | | | |

【記入例】

被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

| | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------|----|-----|-----------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------|
| 被保険者(申請者)情報 | 記号 | 999 | 番号 | 999 | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | 〇〇年 〇〇月 〇〇日 |
| | 被保険者証の | | | | | | |
| | 氏名 | (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 | | | 事業所名 株式会社〇〇〇 | | |
| | 住所 | 〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇 | | | | | |
| 電話番号 (日中の連絡先) | TEL 〇〇〇(〇〇〇) 〇〇〇〇 | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 療養費の受取については事業主に委任します。(委任する場合は☑) ※在職中の方は事業主への委任払いにご協力願います。 | | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------------|-------------------------|--------|----------------|--|--|----------------------------------|
| 受取代理人の欄 (事業主への委任欄) | 被保険者 (申請者) | 氏名 | 健保 太郎 | | | 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 |
| | 受取代理人 (事業所の 事業主様) | 事業所所在地 | △△市△△区△△町〇-〇-〇 | | | 委任者と 受取代理人 との関係 雇用主 |
| | | 事業所名称 | 株式会社〇〇〇 | | | |
| 事業主氏名 | 代表取締役 △△ 〇〇 | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|------------|-----------------------------------|----------------|------|---------|----|-----|--------------|-----|--------------------|-----|
| 振込指定口座 (委任の場合は事業主口座) | 金融機関 名称 | 2 | 〇〇〇 | 銀行 | 〇〇〇 | 本店 | 〇〇〇 | 支店 | 〇〇〇 | その他 | 〇〇〇 |
| | 預金種別 | 1 | 1. 普通 2. 当座 | 口座番号 | 1234567 | | | 左づめでご記入ください。 | | | |
| | 口座名義 | (フリガナ) カブシキガイシャ マルマルマル 株式会社〇〇〇 | | | | | | 口座名義 の区分 | 2 | 1. 申請者 2. 受取代理人 | |

- 【添付書類】
- ・領収書(原本)
 - ・診療明細書(原本)

「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、マイナンバーの記載は不要です

・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

【記入例】

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

健保 太郎

申請内容

1 受診者

2

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

健保 花子

生年月日

昭和 平成 令和

〇〇年〇〇月〇〇日

2 傷病名

小指中節骨折

3 発病または
負傷年月日

令和〇〇年〇〇月〇〇日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

2

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

△△病院

所在地

△△市△△区△△町
〇-〇-〇

診療した医師等の氏名

〇〇 〇〇

名称

△△調剤薬局

所在地

△△市△△区△△町
〇-〇-〇

診療した医師等の氏名

△△ △△

6 診療を受けた期間

3

年 月 日
〇 〇 〇 〇 〇 〇

から

年 月 日
〇 〇 〇 〇 〇 〇

まで

日数

〇

日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間

年 月 日
| | | | | |

から

年 月 日
| | | | | |

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

4

10,730 円

8 診療の内容

X線撮影の後ギプス固定し、処方せんを交付された。

9 療養費の支給申請の理由

2

- 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)

1

- 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報を記入してください。
- 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請する場合は、申請者の氏名を記入してください。住所・振込先も同様です。ただし、生年月日欄は被保険者の生年月日を記入してください。
- 相続人が請求する場合、被保険者との続柄がわかる**【戸籍謄本】**等を添付してください。

2

- ゆうちょ銀行の口座へ振込みを希望する場合は、従来の口座番号(記号・番号13桁)ではなく、振込専用の店名(漢字3文字)と預金種目・口座番号を記入してください。

| | | | | |
|--------|------------------|---------|--------------------|--------------|
| 金融機関名称 | ゆうちょ | 銀行 | 一二三 | 支店 |
| 預金種別 | 1. 普通 2. 当座 | 口座番号 | 1234567 | 左つめてご記入ください。 |
| 口座名義 | ケンポ タロウ 健保 太郎 | 口座名義の区分 | 1. 申請者 2. 受取代理人 | |

3

- 自費で診療を受けた期間もしくは入院時に支払った食事療養費の期間の初めと終わりの日を記入してください。日数は診療を受けた日の数もしくは食事療養費を支払った日の数を記入してください。

4

- 領収書(領収明細書)に記載されている金額を記入してください。

【添付書類】

- 医療費を自費で支払ったとき(立替払)
 1. 傷病名の記載がある**「診療明細書」**
 2. 診療に要した費用を証明した**「領収書(領収明細書)の原本」**
- 国民健康保険など他の保険者の被保険者証を使用し、医療費の返還を行ったとき
 1. 医療費を返還した保険者から交付を受けた**「診療報酬明細書」**
(封かんされているときは開封せず封筒ごと添付)
 2. 返還請求された金額を支払ったことを証明する**「領収書の原本」**
- 限度額適用・標準負担額減額認定証を提示しなかったことにより、食事療養標準負担額を減額されない金額で支払ったとき
 1. 食事療養について支払った費用を証明した**「領収書の原本」**
 2. **「限度額適用・標準負担額減額認定証の写し」**
(当組合に限度額適用・標準負担額減額認定証の申請をしていなければ、申請書に申請していない理由を記載し、当該期間が非課税である証明書を添付)
- 生血液を輸血したとき
 1. 輸血回数に記載された**「輸血証明書」**
 2. 血液にかかる費用額や移送にかかった費用額の内訳が記載されている**「領収書の原本」**
- ケガ(負傷)による申請の場合・・・**「負傷原因届」**
- 第三者による傷病の場合・・・**「第三者行為による傷病届」**
- 被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合・・・被保険者との続柄がわかる**「戸籍謄本」**等