

療養費支給申請書（立替払等） 記入例

服装 健康保険組合 | 業務課 03-3946-8561

健康保険 被保険者 家族	療養費 支給申請書	立替払・治療用器具
--------------------	-----------	-----------

被 保 険 者 情 報	① 被保険者等 記号・番号	記号 987 番号 654321	事業所名称	(株)〇〇〇〇
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 (押印不要)	生年月日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日
	住所	〒 110- 0000 東京都墨田区〇〇 1-2-3 □□マンション×××号	電話番号 (日中の連絡先)	090 (1234)〇〇〇〇
	提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)		

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振 込 先	金融機関名称	〇〇〇〇 (銀行 金庫・信組 農協・その他)	預金種別	普通・当座・その他 ()
	口座名義 (カタカナで記入)	△△△△ (支店 本店・出張所 その他)	口座番号	1234567
	③ 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、上記の口座情報の記入は不要です。)		

委 任 状	④ 口座名義が代理人 の場合にご記入 ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
		代理人 (口座名義人)	住所	
		氏名	被保険者との関係 ()	

申 請 内 容	受診者(どちらかに✓)	☐ 被保険者 ☒ 家族(被扶養者)	⑤ 第三者行為によるものですか ※	はい ☐ いいえ ☒
	⑥ 家族の場合はその方の	氏名 健保 花子	生年月日 昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日	続柄(長女)
	傷病名	捻挫	発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平成 〇〇 年 8 月 2 日
	発病又は負傷の原因及びその経過 (けがの場合は、どこでどのように負傷されたか)	原因 自宅内の段差につまづいて捻ってしまった 経過 良好		
	⑦ 診療を受けた病院等	名称 〇〇整形外科医院		
		所在地 東京都台東区△△ ×-×	診療した医師の氏名	〇〇 〇〇
	診療期間(支給期間)	平成 〇〇 年 8 月 2 日から 平成 〇〇 年 8 月 7 日まで (日数 2 日)		
	上記期間に入院していた場合はその期間	平成 〇〇 年 月 日から 平成 〇〇 年 月 日まで (日数 日)		
	療養に要した費用	×,××× 円	診療の内容	検査を受け湿布を処方された
	療養の給付を受ける ことができなかった理由	扶養加入手続き中で保険証が届いていなかったため		

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

受付日付印

⑧ マイナポータル記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナポータルを記入した場合、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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

① 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(保険証)」に記載されています。

② 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ご記入ください。
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をご記入ください。
(住所、振込先口座も同様です。)

③ マイナンバーとともに国に登録している公金受取口座を振込先にする場合は ✓ を付けてください。
(被扶養者でない方や受取代理人は、公金受取口座を振込先に指定できません。)
注: マイナポータル等で口座情報を登録・変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。

④ 口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
なお、代理人(口座名義人)が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本、住民票など)の添付が必要となります。

⑤ 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。
詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。

⑥ 受診者が家族(被扶養者)の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。

⑦ 医療機関名等をご記入ください。なお、薬剤に係る申請は、その薬局の名称等をご記入ください。
医師氏名、薬剤師氏名が不明の場合は空欄としてください。

⑧ ①の被保険者等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

添付書類

医療機関等の窓口で診療に要した費用の 全額を自己負担している場合	① 診療内容を記載した証明書 診療明細書(患者名、傷病名、診療内容の記載があるもの) ② 領収書(領収明細書)の原本 診療に要した費用を証明した領収書
当組合の資格はあるが、以前加入していた 保険証で医療機関等を受診し、前保険 者へ診療に要した費用を返還した場合	① 診療報酬明細書(前保険者より交付を受けてください。) ② 領収書の原本 返還請求された金額を支払ったことを証明する領収書

注: この申請書を事業所(事業主)経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。