

# 療養費支給申請書（立替払等） 記入例

健康保険 被保険者 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	2 マイナンバー	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭・平・令 ○○年 ○月 ○日
	3 住所	〒110-0000 東京都 墨田区○○ X-X □□マンション×××号	電話番号 (日中の連絡先)	090(1234)○○○○
	事業所名称	(株)○○○○	提出委任	<input type="checkbox"/> 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	預金種別	普通・当座・その他( )
	口座名義 (カタカナで記入)	ケンポ タロウ	口座番号	1234567

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✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 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・平・令 ○○年 ○月 ○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・令 ○○年 8月 2日
	発病又は負傷の原因及びその経過 ※	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 ○○整形外科医院	所在地	東京都台東区△△ X-X 診療した医師の氏名 ○○ ○○
	診療期間(支給期間)	平・令 ○○年 8月 2日 から 平・令 ○○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・令 年 月 日 から 平・令 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 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため

※傷病の原因が外傷性のけがの場合は、「負傷原因回答書」、  
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

注：記入漏れ等があった場合は、返戻させていただきます。必ず記入漏れ等がないことをご確認のうえご申請ください。

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 被保険者等記号・番号は「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」、「マイナポータル（資格情報画面）」にてご確認ください。

② ①の被保険者等記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください。

③ 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。)

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。

添付書類(審査の上で下記の添付書類以外にも追加の書類を求める場合がございますので、ご了承ください。)

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、以前加入していた資格情報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。