

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

1 被保険者情報	被保険者等記号・番号	記号 987 番号 654321	事業所名称	株式会社 ○○○○
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭和 平・令 ×× 年 × 月 × 日
	住所	〒 100 - 0000 東京都渋谷区○○ ×-× △△マンション××号	電話番号 (日中の連絡先)	090 (××××) ××××
			5 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✓)

4 振込先	金融機関名称	○○○○ 銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連 △△△△ 支店・本店・出張所 支所・本所	金融機関・支店コード	×××× - ×××
	口座名義 (カタカナで記入)	ケンポ タロウ	預金種別	普通 当座・その他 ()
	口座番号	×××××××	4 公金受取口座	<input type="checkbox"/> 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。)

【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。

5 委任状	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)	氏名 _____ 住所 _____ 氏名 _____ 被保険者との関係 ()
	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	

7 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)	6 第三者行為によるものですか ※ はい・いいえ	
	家族の場合はその方の	氏名 健保 花子 生年月日 昭和 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) 平成 6 年 12 月 1 日 午前・午後 9 時頃	
	発病又は負傷の原因及び状況(けがの場合は、どこでどのように負傷されたか)	時間帯	勤務時間中・勤務日の休憩中・出張中(私用中)・出勤途中・退勤途中・その他()	
		場所	会社内・路上・駅構内(自宅)・学校・その他()	
		原因	交通事故・ケンカ・スポーツ中・職場行事・その他() 自分の不注意	
		状況	真保的に詳しく 自宅内の段差につまづいてひねってしまい負傷。	
	8 診療を受けた病院等	名称 ○○整形外科医院 所在地 東京都新宿区△△ ×-×	診療した医師の氏名 ○○ ○○	
	診療期間(支給期間)	令和 6 年 12 月 1 日から 令和 6 年 12 月 2 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	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日数 日)		
装具装着日	令和 年 月 日 装着	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。マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

9 社会保険労務士の提出代行者名記載欄 _____ マイナンバーを記入した場合、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。 受付日付印 _____

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 _____

記入漏れや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 被保険者等記号・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。
- 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。被保険者が亡くなった場合は、申請者(相続人)の氏名、住所、振込先口座をご記入ください。申請者(相続人)の氏名は被保険者名の横にかっこ書きでご記入ください。その際、被保険者と申請者(相続人)の続柄など身分関係を確認できる書類(戸籍謄本原本)を添付してください。
- 事業所(事業主)経由で提出される場合は、提出委任に✓を付けてください。
- 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。
- 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(戸籍謄本等)の提出が必要となる場合があります。
- 「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。
- 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。
- 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。
- 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、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者の署名(サイン)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	<ol style="list-style-type: none"> 「診療報酬明細書(写)」(別名:レセプト) 「診療報酬明細書(写)」は受診した医療機関等にご依頼ください。発行ができない場合は「診療(領収)明細書」の記入を担当医師にご依頼ください。 ※「診療(領収)明細書」は当組合のHPの申請書類一覧に掲載しております。 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	<ol style="list-style-type: none"> 診療報酬明細書 領収書の原本(前保険者に支払ったことがわかる領収書) ※いずれも前保険者より交付を受けてください。