

# 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  
 家族

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・平・令 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

【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・信託 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・出張所 その他)	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	3 公金受取口座	ケンポ タロウ	口座名義区分	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人

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	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 ( )

4 口座名義区分が代理人の場合にご記入ください

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 〇〇年 〇月 〇日 続柄 (長女)	
	7 傷病名	捻挫 発病又は負傷年月日 (療養開始日) 平・令 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「負傷届」の添付が必要となります)	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	
	8 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△△ X-X 診療した医師の氏名 〇〇 〇〇	
	診療期間(支給期間)	令和 〇年 8月 2日 から 令和 〇年 8月 7日 まで (日数 2日)	
	療養に要した費用	X,XXX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。

9 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。)

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。

社会保険労務士記載欄 氏名等

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」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。
- 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、当健康保険組合(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、被保険者との戸籍上の続柄をご記入ください。
- 7 発病又は負傷の原因が骨折等の外傷性の場合は、別途「負傷届」を提出してください。
- 8 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。
- 9 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>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)</li> <li>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</li> </ol>
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"> <li>1 診療報酬明細書(前保険者より交付を受けてください。)</li> <li>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</li> </ol>

注:この申請書は、受診した人ごと、受診した月ごと、受診した医療機関ごと(病院・薬局別)に1枚ご用意ください。