

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(立替払等)
家 族

1 2
被保険者(申請者)記入用

1 被保険者等の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	227	350	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	4	8	4 5
	氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎					
2	住所 (〒 332-0035) 埼玉 都(道) 川口市西青木 府(県)					
	3 電話番号 (日中の連絡先) TEL 048(258) △△△△ ○-○-○					

4 振込先指定口座 (被保険者口座)	金融機関 名称	銀行コード	銀行	支店コード	本店	支店
	名 称: 埼玉りそな	0017	農協 信託 農協 漁協 農協	357	本所	支所
	預金種別	1	口座番号	9876543	なづめで記入ください。	
5 受取代理人 (健保口)の欄	口座名義					
	ケンポ タロウ					

5 受取代理人 (健保口)の欄	被保険者 (申請者)	氏名	住所
	代理人 (健保口情報)	氏名	住所
	事業所指定口座(健保口)への振り込みを指定される場合は、こちらへご記入ください。		

※記入内容を訂正する場合は、被保険者が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者氏名(フルネーム)を記入してください。修正液(テープ)等を使用しないでください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

本申請に 関する同意欄	当組合が本申請に関わる機関 (医療機関・前加入保険者等)へ 調査することを同意いたします	6 健保 太郎	受付日付印
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄			

1 記号・番号は、①マイナポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書(健康保険証)に記載されています。枝番の記入は不要です。(資格喪失後で不明な場合は空欄のままでも可)

2 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の情報をご記入ください。

3 日中繋がる電話番号をご記入ください。

4 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の振込先口座をご記入ください。
※給付金の受取は、被保険者または会社の口座(受取代理)のみとなります。

5 受取代理人の欄に記入の場合、当組合から会社の口座へ振込となりますので
後日会社からの受取です。

6 被保険者氏名をご記入ください。

※記入内容を訂正する場合は、被保険者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者氏名(フルネーム)を記入してください。修正液(テープ)等を使用しないでください。

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(立替払等)		1 2	
被保険者氏名		被保険者(申請者)記入用	
被保険者氏名		健保 太郎	
※記入内容を訂正する場合は、被保険者が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者氏名(フルネーム)を記入してください。修正液(テープ)等を使用しないでください。			
1 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	7 取得日または認定年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 24年 4月 1日
1-①家族の場合はその方の氏名	氏名 健保 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 50年 9月 7日
2 傷病名	8 発病または負傷年月日 平(令) 4年 4月 5日		
4 発病の原因および経過(詳しく)	9 1. 病歴 2. 診療 3. ケガ ※ケガの場合=負傷原因届を併せてご提出ください。 (原因および経過) 原因は不明。突然の胃痛により受診。		
5 診療を受けた医療機関等の名称	10 鳩ヶ谷総合病院 所在地 川口市南鳩ヶ谷◇一◇		
6 診療を受けた期間	11 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 4年 4月 5日 から 4年 4月 5日 まで 日数 1日		
6-①上記の期間に入院していた場合は、その期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 から まで 日数 日		
7 療養に要した費用の額	12 3,240 円		
8 診療の内容	問診、点滴、投薬。		
9 療養費の支給申請の理由	9 1. 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 2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため 9. その他 (理由) やむを得ず緊急で受診したため、資格の確認ができなかったため		
申請時に右記の書類を添付してください。 ※添付を確認し、チェックしてください。	他の保険者で資格喪失後に受診 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 医療費を返還した際の領収書(原本) <input checked="" type="checkbox"/> 2. 診療報酬明細書またはレセプト写(開封厳禁の封筒)	資格確認ができずに全額自己負担(10割)で受診 <input type="checkbox"/> 1. 医療機関が発行した領収書(原本) <input type="checkbox"/> 2. 医療機関が発行した明細書(写し可)	

- 7 取得日および認定年月日は、①マイナポータル ②資格情報のお知らせ ③資格確認書(健康保険証)に記載されています。
 - 8 発病または負傷年月日はだいたいの日付で構いません。分からなければ不詳とご記入ください。
 - 9 **ケガ(骨折、打撲、損傷等の外傷性のもの)**は、別紙『**負傷原因届**』を記入し、添付してください。
- ↓ここからの項目は分かる範囲のご記入で構いません。
- 10 医療機関名所・住所欄が足りない場合は、詰めてご記入いただいて構いません。
 - 11 受診した日付をご記入ください。だいたいの期間で構いません。
 - 12 添付する領収書の金額をご記入ください。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、被保険者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者氏名(フルネーム)を記入してください。修正液(テープ)等を使用しないでください。

【添付書類】

他の保険者で資格喪失後に受診	1. 医療費を返還した際の領収書(原本)
	2. 診療報酬明細書写(開封厳禁の封筒)
資格確認ができずに全額自己負担(10割)で受診	1. 医療機関が発行した領収書(原本)
	2. 医療機関が発行した明細書(写し可)

以前の保険へ返還した後、後日ご自宅に届くものとなります。届かない場合は、以前の健康保険組合に問い合わせてください。また、請求書と合わせて同意書が同封されていた場合は、内容を記入し、添付してください。同意書をもとに当組合から診療報酬明細書を依頼します。