

# 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・治療用具

健康保険 被保険者 家族

被保険者情報	1 健康保険の記号	987	番号	654321	生年月日	昭平令〇〇年〇月〇日
	2 氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ		3 印		
	住所	〒110-0000 東京 墨田区〇〇 X-X				
	事業所名称	□□マンションX X X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、住所などを記入してください。

振込先	金融機関名称	〇〇〇〇	銀行 金融・信託 農協・その他( )	預金種別	普通 当座
	口座名義 (カタカナで記入)	ケンポ タロウ	支店・出張所 その他( )	口座番号	1234567

委任状	口座名義が代理人の場合に記入してください。代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	被保険者 (申請者) 氏名・印	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・印	住所	被保険者との関係 ( )	

内容	6 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 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
	7 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)
	傷病名	捻挫	発病又は負傷年月日 (療養開始日) 平〇年 8 月 2 日
	発病又は負傷の原因及びその経過 (付加の場合は、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

※ 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。注：立替払・治療用具の申請ごとでそれぞれご用意いただく添付書類が異なりますので、記入例をご確認ください。

8 マイナンバー記入欄 (健康保険の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。

公金受取口座を利用する場合は、下記にを記入ください。(利用する場合、上記口座情報の記入は不要です。)

□ 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。

※ 公金受取口座を利用する場合は、支給決定までに時間を要することがありますのでご了承ください。

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。)

- 健康保険の記号及び番号は、「資格確認書」「資格情報通知書(資格情報のお知らせ)」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。申請者が当組合の加入員でないときは、被保険者との続柄確認書類(戸籍謄本等の原本)の添付が必要です。
  - 被保険者(申請者)本人の自署の場合は、押印を省略できます。ただし、給付金の受取りを代理人に委任するときは、必ず押印してください。
  - 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。被保険者(申請者)、代理人(口座名義人)の印もれにご注意ください。また、代理人(口座名義人)の印は、被保険者(申請者)の印とは別のものをご使用ください。なお、代理人(口座名義人)が当組合の加入員でないときは、被保険者との続柄確認書類(戸籍謄本等の原本)の添付が必要です。(8の公金受取口座を選択した場合も、委任状欄の記入が必要です。)
  - 「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の健康保険の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。また、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ご記入ください。(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。)
- ※ 公金受取口座を利用する場合、支給決定までに時間を要することがありますのでご了承ください。

## 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>診療内容を記載した証明書 診療報酬明細書又は調剤報酬明細書(※)</li> <li>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>
当組合加入後、前保険者(旧保険証)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>診療(調剤)報酬明細書(前保険者より交付を受けてください。)</li> <li>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>

※：医療機関へご依頼いただくことで発行されるものになります。診療明細書や調剤明細書とは異なります。

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。