

# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(医療費の立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

【健保使用】 現記号・番号 資格取得日 (旧記号・番号 取得日)  重複フィク

被保険者・ ご本人 (申請者) 情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印 (フリガナ)			<input type="checkbox"/> 給付決定後、自治体等の医療費助成手続きに 添付書類の 「原本証明」をご希望の場合は下記にてお知らせ下さい。 <input type="checkbox"/> 領収書の原本証明を希望する。			
住所	(〒 - )	都(道)	府(県)				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	( )					

振込先 指定口座	<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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注①マイナポータル等で公金受取口座の事前登録をされていない方は下記へ口座をご記入下さい。(口座情報反映には登録から数日を要します) 注②受取代理人(事業主への振込)を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。						
	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <span style="float:right">(*1)</span> <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他( )			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 <input type="checkbox"/> 2.当座 4.通知	口座番号	<input type="text"/>	(*2) 左づめでご記入ください。		
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)				注意 振込指定口座は、被保険者・ご本人(申請者)様の口座に限ります。 「被保険者・ご本人」以外の口座を指定することは出来ませんので、 ご注意願います。		

(\*1) ゆうちょ銀行の場合、通帳記載の店番号をご記入願います。

(\*2) ゆうちょ銀行の場合、通帳記載の他金融機関振込用の口座番号7桁をご記入願います。

## <添付書類>

- ・領収書(原本)
- ・診療報酬明細書(レセプト) → 病院作成 → 病名記載のもの  
 ↘ 薬局作成 → 医師名記載のもの

⑨ 記入誤り、記入漏れなどがある場合、書類の返却させていただく場合がございます。  
 記載漏れの無い状態でご提出下さいます様お願い致します。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄  
 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

受付日付印

社会保険労務士の  
 提出代行者名記載欄

(受付№ )

被保険者(ご本人)氏名

③ 記入誤り、記入漏れなどがある場合、書類の返却させていただく場合がございます。記載漏れの無い状態でご提出下さいます様お願い致します。

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 本人(被保険者) 2. 家族(被扶養者)	
	1-① 上記が ②家族 の場合 受診者の情報を記入	氏名	続柄 ( ) 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 (年齢 ) 年 月 日
	2 傷病名 (病名コード )		3 発病または 負傷年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	4 該当の傷病は病気(疾病) ですか、ケガ(負傷) ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (発症時の状況や受診の経緯等について(詳しく)) <input type="checkbox"/> 2. ケガ → 健康保険負傷原因届(別紙)を必ずご提出ください。	
	5 診療を受けた医療機関情報	医療機関名(病院・薬局等)	診療した医師等の氏名
		医療機関・所在地 (〒 - ) 都 道 府 県	
	6 診療を受けた期間 ※この度の治療に要した期間を記入	開始 年 月 日 から 終了 年 月 日 まで	診療日数 日
	6-① 上記期間のうち 入院されていた場合は その期間を記入	開始 年 月 日 から 終了 年 月 日 まで	入院日数 日
	7 療養に要した費用の額 ※10割負担額、又は他健保への 返還額を記入(添付領収書の額)	円	【健保使用】総医療費 円 支給額 円 割
8 診療の内容 (当てはまるものに✓または記入)	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 薬の処方・受け取り <input type="checkbox"/> 手術(手術日 月 日) <input type="checkbox"/> 検査 内容→ <input type="checkbox"/> その他 内容→		
9 療養費の支給申請の理由	1. 入社または取得して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 4. その他 (理由を詳しくご記入下さい)		