

分かりやすい図解式

療養費支給申請書(立替払)の記入のポイント

1ページ目:被保険者記入欄

! 申請書は受診者ごとに1枚の申請書を作成する必要があります。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) **1** ページ **立**

医療機関窓口で医療費の全額を支払い、払い戻しを受ける場合等にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入引き」をご確認ください。



被保険者証	記号(左づめ) 21700023 番号(左づめ) 1 生年月日 2 1期 01 2.中期 05 3.後期 10
氏名(カタカナ)	キョウカイ タロウ
氏名	協会 太郎
郵便番号(ハイファン除く)	950 0000
電話番号(左づめハイファン除く)	025 ××××××
住所	新潟 新潟市中央区○○1-1△△マンション101

! 記入不備注意

受診者のご家族(被扶養者)の場合も、被保険者の氏名・生年月日をご記入ください。
※退職後の申請の場合は、在職期間中の記号番号をご記入ください。

振込先指定口座	金融機関名称 ゆうちょ 支店名 一二八
預金種別	1 普通預金 口座番号(左づめ) 1234567

! 記入不備注意

ゆうちょ銀行をご指定の場合は、振込用の漢数字3桁(一二八など)でご記入ください。

2ページ目に続きます。 >>>

! 記入不備注意

支店、出張所などの選択間違いが見受けられますので、正確にご記入ください。

被保険者証の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。
※マイナンバーを記入した場合、身元確認を行うための書類と番号確認を行うための書類の添付が必要です。これらの添付がない場合は、申請書をお返すこととなりますので、ご注意ください。

! 記入不備注意

口座番号は、上記被保険者(申請者)氏名と同じ名義の口座番号をご記入ください。

【被保険者が亡くなられ、相続人の方が申請する場合】
被保険者情報欄の氏名には、申請される方の氏名を記入してください。(住所・振込口座も同様です。)
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日を記入してください。
※被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等(相続人であることの確認できる書類)の添付が必要です。(申請できる方は相続順位が一番高い方になります。)

2ページ目：被保険者記入欄

領収書の原本返却をご希望の場合は、申請する際に付箋やメモ等で「原本返却希望」とご連絡ください。審査後にお返しいたします。

！【医療費を自費で支払った場合】
領収書の原本と診療明細書の原本の添付が必要です。

！【他の保険者の保険証を使用し、医療費の返還をした場合】
前の保険者（国民健康保険、健康保険組合など）が発行した**領収書の原本(※1)**と**診療報酬明細書（レセプト）の原本(※2)**の添付が必要です。
(※1) 領収書は、医療機関発行分ではなく、前の保険者が発行した領収書が必要です。
(※2) 前の保険者と協会けんぽの間で診療報酬明細書（レセプト）の受け渡しに同意する依頼書等でも可です。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) 1 2 ページ

被保険者氏名 **協会 太郎**

①-1 受診者 **2** 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

①-2 受診者の氏名(カタカナ) **キョウカイ ハナコ**

①-3 受診者の生年月日 **1** 昭和 **61** 年 **11** 月 **12** 日

② 傷病名 **左手首裂傷** ③ 発病または負傷年月日 **2** 平成 **04** 年 **06** 月 **02** 日

④-1 傷病の原因 **1** 1. 仕事以外(業務外)での傷病 2. 仕事(業務上)での傷病 3. 通勤途中での傷病 } → ④-2へ

④-2 労働災害認定を受けていますか。 1. はい 2. 請求中 3. 未請求

④-3 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか。 **2** 1. はい 2. いいえ 「1. はいの場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。

⑤-1 診療を受けた医療機関等の名称 **〇〇総合病院**

⑤-2 診療を受けた医療機関等の所在地 **〇〇市〇〇町〇〇**

⑤-3 診療した医師等の氏名 **保険 三郎**

⑥ 診療を受けた期間 **04 06 02** 日から **04 06 06** 日

⑦ 療養にかけた費用の額(円) **5500**

⑧ 診療の内容 **診察の上、薬を処方された。**

⑨ 療養費申請の理由 **1** 1. 被保険者証を持参できなかったことにより、医療費を全額自己負担したため 2. 他の保険者の被保険者証を使用し、医療費を返還したため 3. 現時の長事代の差額を申請するため

！ 記入もれ注意

被保険者氏名をご記入ください。

！ 記入不備注意

受診者が、ご本人（被保険者）であれば「1」、ご家族（被扶養者）であれば「2」とご記入ください。

※受診者がご家族（被扶養者）の場合は、ご家族の氏名・生年月日をご記入ください。

！ 記入不備注意

傷病名をご記入ください。
※「発症または負傷年月日」の詳細な日付が不明の場合は、年月までご記入ください。

！ 記入もれ注意

医療機関等の情報を領収書等で確認してご記入ください。
※受診した医療機関が複数ある場合は、主たる医療機関の情報についてご記入ください。

！ 記入不備注意

今回申請する期間のなかで、受診した最初の日から最後の日をご記入ください。
※具体的な日付が不明な場合は、年月までご記入ください。

！ 記入不備注意

領収書（領収明細書）に記載されている金額をご記入ください。

法人の役員であって、健康保険の給付対象となる場合は、「負傷原因届」を添付してください。

！ 記入もれ注意

選択肢のなかから該当する数字をご記入ください。「9.その他」の場合は必ず理由が必要です。