

# 療養費支給申請書(立替払)の記入の注意点



記入漏れの場合、申請書をお返しすることがあります。記入漏れのないよう、ご作成をお願いします。

## 1ページ目:本人記入欄

申請書を記入する際には、黒ボールペン等の消えないもので記入してください。誤記入がある場合には、修正液等は使用せず、申請書1ページ目の氏名横に押印した印鑑で訂正印を押印のうえ訂正してください。

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** 被保険者記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書(立替払等) 記入の手引き」をご確認ください。  
申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入してください。 記入見本 0123456789アイウ

被保険者証の 記号 (左づめ)	21700023	21	生年月日 年 月 日 1.昭和 2.平成 3.令和	010510
氏名・印 (フリガナ) 姓ヨカイ タロウ	協会 太郎			印
住所 〒	2400000	神奈川県	横浜市	〇〇区 〇〇町 1-1
電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフンを除く	TEL 045xx-xx-xxxx			
金融機関 名称	ゆうちょ		〇三〇	〇三〇
振込先指定口座	〇三〇	〇三〇	〇三〇	〇三〇
預金種別	1	1.普通 3.別貯 2.当座 4.通知	口座番号	2345678
口座名義	キョウカイ タロウ		口座名義の区分	1
受取代理人の欄	被保険者 氏名・印 印			
代理人 (口座名義人)	住所 (フリガナ) 氏名・印 印			
被保険者のマイナンバー記載欄	マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。			
社会保険労務士の 提出代行名記載欄	印			

※ご注意ください  
家族(被扶養者)の方の療養費の立替払等であっても、被保険者情報欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などの情報をご記入ください。

被保険者のマイナンバー記載欄  
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の提出代行名記載欄

661164 1

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

「被保険者記入用」は2ページに続きます



記号番号は保険証に記載の記号番号を正確に記入してください。

受診者がご家族(被扶養者)であっても、被保険者情報の氏名欄には**ご本人(被保険者)の氏名**を記入してください。

振込先指定口座は漏れなく記入して下さい。  
特に**預金種別、口座名義区分**の記入漏れが多くなっております。

**ゆうちょ銀行**をご指定の場合、**支店名は漢数字三ケタ(二三八など)**で記入してください。  
〇〇郵便局などの地名を記入の場合は不備となり、申請書をお返しすることになりますので、ご注意ください。

**ご本人(被保険者)名義**の口座が基本になりますが、別名義の口座へ振り込み希望の場合、受取代理人の欄への**記名・押印**が必要です。(自筆であっても押印の省略はできませんので、ご注意ください。)



マイナンバーをご記入いただいた場合は、番号を確認する書類と身元を確認する書類の添付が必要です。これらの書類の添付がされていない場合は、申請書をお返しすることとなりますので、ご注意ください。

【被保険者が死亡して相続人が申請する場合】  
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、被保険者情報の氏名には、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。  
※ 相続人の請求の場合、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等の添付が必要となります。  
★ 申請ができるのは、相続順位が一番高い方になります。

特に誤りの多い項目

ご本人(被保険者)の氏名を記入してください。

受診者が、ご本人(被保険者)か、ご家族(被扶養者)かについて番号をご記入ください。

受診者がご家族(被扶養者)の場合は、氏名と生年月日を記入してください。

傷病名が複数存在する場合は代表的なものを一つ記入してください。  
 > 具体的な日付が不明な時は、年月まで記入してください。

発病の原因について記入してください。  
**ケガ(外傷)の場合は、負傷原因届の提出が必要**になります。

医療機関の情報を領収書・診察券等で確認して記入してください。受診した医療機関が、3箇所以上ある場合は、主たる医療機関の情報について記入してください。

今回、申請する期間の中で、受診した最初の日から最後の日までを記入してください。  
 > 具体的な日付が不明な時は、年月まで記入してください。

領収書(領収明細書)に記載されている金額を記入してください。

「診察」、「検査」、「薬の処方」等、診察の内容を記入してください。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) 2 ページ  
 被保険者記入用

被保険者氏名 協会 太郎

1 受診者 2 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1-1 家族の場合はその方の氏名 協会 花子 生年月日 1 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 5 8 1 0 0 1

2 傷病名 インフルエンザ 3 発病または負傷年月日 2 1. 平成 2. 令和 0 1 0 5 0 3

4 発病の原因および経過(詳しく) 1 1. 病気 急に発熱したため、〇〇総合病院を受診したところインフルエンザと診断された。  
 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

5 診療を受けた医療機関等の名称 所在地 診療した医師等の氏名  
 〇〇総合病院 横浜市〇〇区△-△ 〇〇 〇〇  
 △△薬局 横浜市〇〇区□-□ △△ △△

6 診療を受けた期間 2 1. 平成 2. 令和 年 月 日から 年 月 日まで 日数 2 〇 1 0 5 0 2 〇 1 0 5 0 6 日

6-1 上記の期間に入院していた場合は、その期間 1. 平成 2. 令和 年 月 日から 年 月 日まで 日数

7 療養に要した費用の額 9 6 0 0 円

8 診療の内容 診療のうえ、薬を処方された。

9 療養費の支給申請の理由 1 1. 入社して間もなく、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  
 9. その他 (理由)

様式番号 6 6 1 2 6 3

- ・ 保険証を提示できず受診し、医療費を全額自己負担した場合は、1あるいは2
- ・ 他保険者の保険証を使用し、他保険者へ医療費の返還を行ったときは、3
- ・ その他の理由の場合は、9(必ず理由を記入してください。)

共通事項

- ・ 申請書は受診をした人数分が必要です。1枚の申請書で複数人の受診分を申請することはできませんので、ご注意ください。
- ・ 添付書類のみでは申請はできませんので、必ず申請書を作成のうえ申請してください。

医療費を自費で支払ったとき

- ・ 領収書と診療明細書(必ず傷病名の記載があるもの)の添付が必要です。

国民健康保険など、他の保険者の保険証を使用し、医療費の返還を行ったとき

- ・ 前の保険者【国民健康保険、健康保険組合など】が発行した領収書と診療明細書(レセプト)の添付が必要です。  
 ※ 医療機関発行の領収書ではなく、前の保険者が発行した領収書を添付願います。

# 療養費支給申請書(立替払)の記入にあたり 特にご注意いただきたい8箇所

① 記号番号は、正確に記入してください。

② 受診者が、ご家族（被扶養者）であっても、被保険者情報の氏名欄には**ご本人（被保険者）の氏名**を記入してください。

被保険者：協会 太郎

被扶養者：協会 花子

健康保険 本人（被保険者） 00111  
被保険者 平成26年 6月25日交付

1 記号 21700023 番号 21

2 氏名 協会 太郎

生年月日 平成 元年 5月 10日

性別 男

資格取得年月日 平成 26年 6月 1日

事業所名称  株式会社

保険者番号 010100116

保険者名称 全国健康保険協会  支部

保険者所在地  市  区  町  -  -

印

健康保険 家族（被扶養者） 01111  
被保険者 平成26年 6月25日交付

1 記号 21700023 番号 21

氏名 協会 花子

生年月日 昭和 58年 10月 1日

性別 女

認定年月日 平成 26年 6月 1日

被保険者氏名 協会 太郎 2

事業所名称  株式会社

保険者番号 010100116

保険者名称 全国健康保険協会  支部

保険者所在地  市  区  町  -  -

印



保険者番号は申請書に記入いただく必要はありません。

被保険者情報	1 記号 被保険者証の (左づめ)	番号	生年月日	年	月	日
	21700023 21		2	1.昭和 2.平成 3.令和	010510	
	氏名・印	協会 太郎	印	自署の場合は押印を省略できます。		
住所	〒 240	神奈川県	横浜市	区	町	1-1
電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	TEL	045	×××××××			

③ 振込先指定口座欄については、下記の2点にご注意ください。

- 基本的に**ご本人（被保険者）名義**の口座を記入してください。（上図の保険証の場合は「協会 太郎」名義です。）
- ゆうちょ銀行**をご指定の場合、支店名は**漢数字三ケタ（二三八など）**です。

振込先指定口座	金融機関 名称	3 ゆうちょ	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	二三八	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
	預金種別	1	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	2345678
	口座名義	キョウカイ タロウ			口座名義 の区分

- ④ ご本人（被保険者）名義の口座以外へ振込希望の場合、**受取代理人の欄への記名・押印が必要です。**

**（自筆の場合でも押印の省略はできませんので、ご注意ください。）**

受取代理人の欄	被保険者	4 請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		年 月 日
	氏名・印	協会 太郎	印	2 1.平成 2.令和 010605
代理人 (口座名義人)	〒	TEL(ハイフン除く)	住所 「被保険者情報」の住所と同じ	
	240〇〇〇〇〇	045××××××××		
	住所 神奈川県 横浜市 〇〇区〇〇町 1-1			
	(フリガナ)	おウケ け	印	被保険者との関係
	氏名・印	協会 花子		妻

- ⑤ **申請書は受診をした人数分が必要です。** 1枚の申請書で複数人の受診分を申請することはできませんので、ご注意ください。

- ⑥ 添付書類のみでは申請はできませんので、**必ず申請書を作成のうえ申請してください。**

### 医療費を自費で支払ったとき

- ⑦ 領収書と診療明細書（**必ず傷病名の記載があるもの**）の添付が必要です。

### 国民健康保険など、他の保険者の保険証を使用し、医療費の返還を行ったとき

- ⑧ **前の保険者【国民健康保険、健康保険組合など】が発行した領収書と診療報酬明細書（レセプト）の添付が必要です。**

※ 医療機関発行の領収書ではなく、前の保険者が発行した領収書を添付願います。



本記入の手引きは、法改正や書式変更があった際は随時更新されます。最新版の記入の手引きは左の二次元コードの読み取り、もしくは支部ホームページをご確認ください。

照会先

全国健康保険協会 神奈川支部

045-339-5533（代表）

〒240-8515

横浜市保土ヶ谷区神戸町134

横浜ビジネスパークイーストタワー2階

協会けんぽ

