

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。ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

※(枝番)の記載は不要です

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

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してください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者証 記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
2 1 7 0 0 0 2 3	1	2 0 1 0 5 1 0
被保険者 氏名(カタカナ)	氏名	
キョウカイ タロウ	協会 太郎	
郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)	
9 8 1 0 0 0 0	0 2 2 x x x x x x x	
住所	宮城 仙台市 〇〇区 〇〇町 1-1	



記号番号・氏名は保険証に記載の記号番号・氏名を正確に記入ください。
※受診者をご家族(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**を記入ください。

氏名(カタカナ)は、口座名義名として使用されます。
※保険証に記載された氏名と口座名義が違う場合、①②の対応必須

①振込先指定口座欄の下に赤字で「**口座名義名が異なります**」と記入



②申請書に下記書類を添付
・同一人物と確認できる書類(運転免許証など)
・預金通帳の写し(支店名・口座番号・口座名義記載ページ)

お振込先は原則、「被保険者ご本人様のみ」

事業主様やご家族様の口座へのお振込みはできません。被保険者(申請者)様の口座情報をご記入ください。

振込先指定口座は漏れなく記入ください。

※**ゆうちょ銀行**をご指定の場合、**支店名と口座番号**に注意ください。



振込先指定口座

振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。

金融機関名称	支店名
ゆうちょ	二三八
預金種別	口座番号
1 普通預金	2 3 4 5 6 7 8

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

2ページ目に続きます。 >>>

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)

1. 記入有 (併付時)
2. 記入有 (併付時)
3. 記入無 (併付時)

添付書類

領収書	1. 添付 2. 併付	診療費用	1. 添付 2. 併付	負担割合	1. 添付 2. 併付
診療明細(レセプト)	1. 添付 2. 併付 3. 併付	戸籍(法定代理)	1. 添付	口座証明	1. 添付

【社会保険労務士様へ】
申請書の提出代行をされる際は、提出代行者名記載欄に「提出代行印」の他に「**社労士事務所の住所**」を必ず記入いただきますようお願いいたします。
※住所の記載が無い場合、不備等の返戻は**被保険者本人へ直接返却**となりますのでご了承ください。

【マイナンバー記載欄】
被保険者証の記号・番号を記入いただければ、**マイナンバーの記入は不要です**。
※本人確認書類等も不要です。

【被保険者が死亡して相続人が申請する場合】

相続人の方が申請される場合は、被保険者情報の「被保険者証の記号番号」「生年月日」は被保険者の情報を記入いただき、被保険者情報の「氏名(カナ)」「氏名」「住所」「振込先指定口座」は相続人の方の情報を記入ください。

※ 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。

★ 申請できるのは、相続順位が一番高い方になります。

<図で解説>



特に誤りの多い項目

ご本人(被保険者)の氏名を記入ください。

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。

受診者の氏名と生年月日を記入ください。

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

(例)

令和4年4月頃発症または負傷

③ 発病または負傷年月日 2. 平成 04 年 04 月 00 日

令和4年頃発症または負傷

③ 発病または負傷年月日 2. 平成 04 年 00 月 00 日

仕事中や通勤中での傷病でも、労働基準監督署にご相談の結果、**労災や通災に該当しない場合は「1」と記入**ください。

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、年月まで記入ください。

check

療養費申請の理由の選択はどれに該当するか

申請内容	⑩療養費申請の理由
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	1
緊急を要するためやむを得ず健康保険が利用できない医療機関を受診した場合	1
他の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場合	2
限度額適用標準負担額減額認定証を提示しなかったことにより、入院時の食事代を減額されない金額で支払った場合	3
自己負担額が2割負担の70歳~74歳の方が、やむを得ず高齢受給者証を提示できず、3割負担で医療機関を受診した場合	9
生血液の輸血を受けた場合、または臍帯血を搬送したとき 等	9

診察の内容を記入ください。(診察、検査、薬の処方等)

領収書(領収明細書)に記載されている金額を記入ください。

The image shows a detailed application form for medical expense reimbursement. Red boxes and arrows highlight specific fields: the insured person's name, the patient's name and birth date, the date of injury or illness, the medical institution's name and address, the date of treatment, and the amount of medical expenses. A red hatched area covers the medical institution details. A 'check' box is also visible at the bottom left.

療養費支給申請書（立替払）の記入・申請における「CHECK!」ポイント

check!

【添付書類だけでは申請できません】

- 領収書、明細書のみ郵送いただいても受付はできません。
- 必ず申請書に必要事項ご記入の上、あわせて郵送ください。
- ※領収書に診療内容の記載があっても、申請書の記入を省略することはできません。各項目をすべて記入の上、申請ください。


check!

【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。
- 受診した方が複数人いる場合は、受診者ごとに申請書1部（申請書1・2ページ目両方）を記入ください。
- ※受診者が同じ場合は、複数の医療機関をまとめて申請可能です。

check!

【申請する場合、必ず下記の添付書類の原本が必要です】

	添付書類
医療費を自費で支払ったとき	<ul style="list-style-type: none"> ・領収書 ・診療明細書（診療内容を記載した証明書）
他保険者の保険証を使用し、医療費の返還を行ったとき	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・診療報酬明細書（レセプト）または、レセプトを発行することへの同意書 ※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ください。 <div style="border: 1px solid orange; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">(例) 領収書</p>  <p style="text-align: center;">(例) 診療報酬明細書 (レセプト)</p> </div>
入院時の食事代を減額されない金額で支払ったとき	<ul style="list-style-type: none"> ・領収書 ・(非)課税証明書(マイナンバーを利用した情報連携を希望しない場合)
生血液を輸血したとき	<ul style="list-style-type: none"> ・領収書 ・輸血証明書
臍帯血を搬送したとき	<ul style="list-style-type: none"> ・領収書および領収金額の内訳がわかるもの ・以下の事項を記載した医師または歯科医師の意見書 傷病名、搬送理由、搬送元・区間・期間・回数
2割負担の70～74歳の方が、3割負担で医療機関を受診したとき	<ul style="list-style-type: none"> ・領収書

照会先

 全国健康保険協会 宮城支部
協会けんぽ

〒980-8561
仙台市青葉区中央4-4-19
アーバンネット仙台中央ビル14階
TEL : 022-714-6850 (代表)

