

療養費(立替払) 不備の多い点をまとめました

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書(立替払等) 1 2 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、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報欄	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (なづめ)			1.昭和 2.平成 3.令和		
	氏名・印	(フリガナ)	印	自署の場合は押印を省略できます。		
住所	〒	都 道 府 県				
電話番号 (目中的連絡先) ※ハイファン除く	TEL					

振込先指定口座欄	金融機関 名称	銀行 / 金庫 / 信組 農協 / 協同 / その他 ()	本店 / 支店 代理店 / 出張所 / 本店営業部 本所 / 支所
	預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号
	口座名義	マカタカナ(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。)	口座名義 の区分

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者	本申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	印	1.平成 2.令和		
代理人 (口座名義人)	住所	住所 「被保険者情報」の住所と同じ			
TEL(ハイファン除く)	TEL(ハイファン除く)	被保険者との 関係			
氏名・印	(フリガナ)	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
被保険者のマイナンバー記載欄が不明の場合にご記入ください。
記入しなかった場合は、本人確認等及び給付日額の受付が必要となります。
(詳細は「記入」の手引きをご覧ください。)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

様式番号 協会使用欄

6 6 1 1 6 4 1

交付日付印 (2020.9)

全国健康保険協会 協会けんぽ 1/2

制度の概要は[こちら](#)
申請書のダウンロードは[こちら](#)

・被保険者情報欄 氏名・生年月日の不備

被保険者(お勤めされている方)の氏名と生年月日を記入する欄になります。被保険者以外の方の氏名等を書かないようご注意ください。

・振込先指定口座欄の不備

①振込先口座欄の記入漏れ(申請の都度記入が必要です。)
②存在しない金融機関名もしくは店名の記入
③ゆうちょ銀行の店名記入誤り
※ゆうちょ銀行の場合、漢字3桁の店名になります、(例)八二八支店など 通帳に記載がありますのでご確認ください。

上記の場合は返戻となります。

・被保険者のマイナンバーの記載欄の記入

マイナンバーを記載された場合は、添付書類が必須となります。詳細は[こちら](#)をご覧ください。

被保険者氏名

申請内容

① 受診者 1. 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 生年月日 1. 昭和 年 月 日
2. 平成 年 月 日
3. 令和 年 月 日

② 傷病名 ③ 発病または 負傷年月日 1. 平成 年 月 日
2. 令和 年 月 日

(原因および経過)

④ 発病の原因および経過 (詳しく) 1. 病気
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

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

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

⑦ 療養に要した費用の額 円

⑧ 診療の内容

⑨ 療養費の支給申請の理由 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

・受診者欄の不備

未記入の場合、返戻となります。

<添付書類>添付がない場合、書類を返戻いたします。

□診療明細書の原本

- ・医療機関で10割負担した時
→医療機関より発行を受けてください
- ・以前加入されていた保険者(保険証の発行元)に医療費を返金した時
→保険者(保険証の発行元)発行を受けてください
※診療明細書を発行するための同意書を渡されることもあります。
※以前の保険者が国民健康保険の場合、同意書・診療明細書の提出が不要である市区町村がございます。詳細はお電話でお問い合わせください。
担当:業務グループ TEL番号:024-523-3917

□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

◆ご注意ください

療養費を申請する際に添付いただいた領収証等につきましては、協会けんぽでの支給決定後「協会けんぽの保有個人情報」となるため、返却することができません。
協会けんぽに療養費を申請する目的以外での添付書類を使用する予定がある場合は、あらかじめコピーして保管いただくか、申請書の提出時に、「原本返却希望」とあると分かる書面を同封いただければ、協会けんぽにて原本を確認後、申請書に記入いただいた住所へ返却いたします。

協会けんぽへの療養費の申請以外に領収書が必要となるケース

- ・各市町村の子ども医療費助成の申請
- ・医療費控除等の確定申告の申請 等

※なお、支給決定後に協会けんぽへご提出いただいた領収書等が必要になられた場合、「保有個人情報の開示請求」(有料)をしていただくことで写しの交付が可能です。
開示請求の方法につきましては、ホームページをご覧ください。

開示請求については[こちら](#)