

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。

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 **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、精書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0123456789アイウ

被保険者証の 記号 (左づめ)	21700023	番号 21	生年月日 年 月 日 昭和 平成 令和 010510
氏名 (フリガナ)キョウカイ タロウ	協会 太郎		
住所 〒 2400000 神奈川県 横浜市 〇〇区 電話番号 (日中の連絡先) TEL 045xx xx xx x	〇〇町 1-1		
金融機関 名称 ゆうちょ	銀行 金融 信託 〇〇〇〇	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. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 2345678	左づめでご記入ください。	
口座名義 キョウカイ タロウ	口座名義 の区分 1. 被保険者 2. 代理人	1	

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の欄 被保険者 氏名	住所 〒	TEL(ハイフン除く)	年 月 日 1. 平成 2. 令和
代理人 (口座名義人) 住所 (フリガナ)	氏名		被保険者との 関係

※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
 被保険者のマイナンバー記載欄
 記入した場合は、本人確認書類及び届付台帳の添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

661164 1



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**が必要です。

マイナンバー記載欄につきましては、保険証の記号番号をご記入いただければ、マイナンバーの記入は不要です。



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 581001

2 傷病名 インフルエンザ 3 発病または負傷年月日 2 010503

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 2 1.平成 2.令和 年 月 日まで 日数 2 日
 010502 010506

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 1.平成 2.令和 年 月 日まで 日数 日

7 療養に要した費用の額 9600 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 661263

- ・ 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(診療内容を記載した証明書)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7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	0	1	0	5	1	0	
	2 氏名	協会 太郎									
住所	〒	2	4	0	〇	〇	〇	〇	神奈川県	横浜市	〇〇区
電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	TEL	0	4	5	×	×	×	×	×	〇〇町	1-1

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 ()	本店 支店 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	2 3 4 5 6 7 8	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。)			口座名義 の区分

- ④ **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。**

- ⑤ 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

- ⑥ 領収書と診療明細書（診療内容を記載した証明書）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

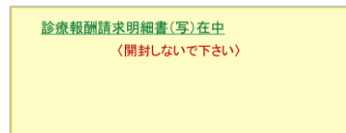
- ⑦ **前の保険者〔国民健康保険、健康保険組合など〕が発行した領収書と診療報酬明細書（レセプト）の添付が必要です。**

※ 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。

（例）領収書



（例）診療報酬明細書（レセプト）



添付書類は原則返却いたしませんので、申請の前にコピーをとる等の対応をお願いします。

添付書類の返却を希望される場合は、申請の際に付箋等で「返却希望」の旨ご記載ください。



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、また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

045-270-8431 (代表)

※ 前後の番号は協会けんぽの番号ではありませんので、お掛けにならないようお願いします。

<https://www.kyoukaikenpo.or.jp>

〒220-8538

横浜市西区みなとみらい4-6-2

みなとみらいグランドセントラルタワー9階

協会けんぽ

