

# 療養費支給申請書の記入のポイント

## ・申請書1ページ目

1 2 ページ 立

**健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)**  
**家 族**

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「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者(申請者)情報	被保険者証	記号(左づめ) <input type="text"/>	番号(左づめ) <input type="text"/>	生年月日 1.昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 3.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	氏名(カタカナ)	・被保険者(健康保険料を支払っている方)の氏名および氏名(カナ) <b>両方ご記入ください。</b> ・氏名をカタカナで登録している(外国語名等)方は両方カタカナ名をご記入ください。 ※被保険者が亡くなっている場合は申請者の氏名をご記入ください。			
	氏名	・被保険者(健康保険料を支払っている方)の氏名および氏名(カナ) <b>両方ご記入ください。</b> ・氏名をカタカナで登録している(外国語名等)方は両方カタカナ名をご記入ください。 ※被保険者が亡くなっている場合は申請者の氏名をご記入ください。			
	郵便番号(ハイフン除く)	<input type="text"/>	電話番号(左づめハイフン除く)	<input type="text"/>	
	住所	都 道 府 県 <input type="text"/>			

  

振込先指定口座	振込先指定口座は、上記申請者氏名	振込先指定口座は <b>被保険者(健康保険料を支払っている方)</b> の口座をご記入ください。 ※令和5年1月から、被保険者の口座へ振込とする仕様に変更し、受取代理人欄は削除しています。 ※被保険者が亡くなっている場合は申請者の口座をご記入ください。		
	金融機関名称	〇〇銀行 〇〇支店 〇〇〇〇の口座をご記入ください。 (代理店・出張所・本局営業所)		
	預金種別	〇〇〇〇の口座をご記入ください。		

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桁の実数字を、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。 >>>

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。  
 (記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

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)	<input type="checkbox"/> 1. 記入有(添付あり) <input type="checkbox"/> 2. 記入有(添付なし) <input type="checkbox"/> 3. 記入無(添付あり)		
添付書類	領収書	診療費用	負担割合
	<input type="checkbox"/> 1. 添付 <input type="checkbox"/> 2. 不備	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> %
申請内容	診療期間	戸籍(法定代理)	口座証明
	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1. 添付	<input type="checkbox"/> 1. 添付
申請理由	申請理由		入院外来
	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者証不所持 2. 他健康証使用 3. 食事療養費 9. その他		<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 外来 (理由)
6 6 1 1 1 1 0 1			枚数 <input type="text"/>

受付日付印

(2022.12)

**全国健康保険協会**  
 協会けんぽ

1 / 2

・申請書2ページ目(立替払等の場合)

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者氏名

①-1 受診者	<input type="checkbox"/>	<p>被保険者(健康保険料を支払っている方)と被扶養者(被保険者の家族)の区分に誤りがないようご記入ください。</p> <p>また、受診者氏名と生年月日も過不足なくご記入ください。</p> <p>※療養費支給申請書は対象者一人ごとに申請が必要です。対象者が複数いる場合はその分申請書をご用意ください。</p>
①-2 受診者の氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>	
①-3 受診者の生年月日	<input type="text"/>	
② 傷病名	<input type="text"/>	③ 発病または 負傷年月日 <input type="text"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
④-1 傷病の原因	<input type="checkbox"/>	<p>必ず原因についてご記入ください。通勤途中または業務に起因する傷病の場合は労災に該当する可能性がありますのでお近くの労働基準監督署にご確認ください。</p> <p>(労災に該当しないと回答があった場合は協会けんぽにご連絡ください。)</p>
④-2 労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。	<input type="checkbox"/>	
⑤ 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。	<input type="checkbox"/>	<p>1. はい</p> <p>2. いいえ</p> <p>「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。</p>
⑥-1 診療を受けた医療機関等の名称	<input type="text"/>	
⑥-2 診療を受けた医療機関等の所在地	<input type="text"/>	
⑥-3 診療した医師等の氏名	<input type="text"/>	
⑦ 診療を受けた期間	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
⑧ 療費に要した費用の額(右つめ)	<input type="text"/> 円	
⑨ 診療の内容	<input type="text"/>	
⑩ 療養費申請の理由	<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p>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</p> <p>3. 入院時の食事代の差額を申請するため</p> <p>9. その他</p>	

6 6 1 2 1 1 0 1

