

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 家族 療養費 支給申請書(立替払等)

医療機関窓口で療養費の全額を支払い、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。

記号・番号	番号(左づめ)	生年月日
個人番号 (マイナンバー)	記号・番号を記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)の記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要になります)。	1.昭和 2.平成 3.令和
氏名 (カタカナ)	必ず氏名(カタカナ)および氏名の両方をご記入ください。 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。 氏名をカタカナで登録している(外国语名等)方は、 両方にカタカナ名をご記入ください。	
氏名	※被保険者が亡くなっている場合は申請を行う相続人の氏名をご記入ください。	
郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)	
住所	都道府県	

被保険者(申請者)情報

振込先指定口座

公金受取口座への振込みの希望の有無について必ず記入してください。
(公金受取口座を活用できるのは被保険者だけです)

下段の振込先情報(金融機関名や口座番号など)については、**公金受取口座への振込みを希望しない場合のみ**記入してください

※ 振込先は被保険者(申請者)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(添付あり) 2.記入有(添付なし) 3.記入無(添付あり)				
添付書類	領収書 1.添付 2.不備	診療費用	負担割合		
診療明細 (レセプト)	1.添付 2.不備 3.同意書	戸籍 (法定代理)	1.添付	口座証明	1.添付
申請内容	診療期間 令和 年 月 日 から 年 月 日	申請理由 1.マイナ保険証不持 2.他保険者受診 3.喪事費 9.その他	入院外来 1.入院 2.外来		
6 6 1 1 1 1 0 3	その他	1.その他 (理由)	枚数	受付日付印	
(2026.1)					

1 / 2

全国健康保険協会
協会けんぽ

・申請書2ページ目(立替払等の場合)

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

被保険者氏名

①-1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. その他 被保険者と家族(被扶養者)の区分に誤りがないようご注意ください。	
①-2 受診者の氏名 (カタカナ)	受診者の氏名と生年月日をご記入ください。	
①-3 受診者の生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 3. 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	
<small>名と姓の間は1マス空けてご記入※ 対象者が複数いる場合は、療養費支給申請書は</small> 対象者ごとに作成が必要です。		
② 傷病名	③ 発病または 負傷年月日 <input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	
④-1 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 1. 仕事中以外(業務外)での傷病 <input type="checkbox"/> 2. 仕事中の怪我 <input type="checkbox"/> 3. 通勤中の怪我 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。	
④-2 労働災害・通勤災害の認定を受けていますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. 未請求	
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"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ <small>「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。</small>	
⑥-1 診療を受けた 医療機関等の名称		
⑥-2 診療を受けた 医療機関等の所在地		
⑥-3 診療した医師等 の氏名		
⑦ 診療を受けた期間	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 から 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	
⑧ 療養費を要した費用の額(右づめ)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 円	
⑨ 診療の内容		
⑩ 療養費申請の理由	<input type="checkbox"/> 1. マイナ保険証が使用できず、医療費を全額自己負担したため <input type="checkbox"/> 2. 他の保険者の資格で医療機関等を受診し、医療費を返還したため <input type="checkbox"/> 3. 入院時の食事代の差額を申請するため <input type="checkbox"/> 9. その他	

『健康保険療養費支給申請書(立替払等)記入の手引き』をご確認ください。

6 6 1 2 1 1 0 3

・申請書2ページ目(治療用装具の場合)

健康保険 被保険者 家 族 療養費 支給申請書(治療用装具)

1 2 ページ

被保険者氏名

①-1 装具作製対象者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 被扶養者 <input type="checkbox"/> 3. その他		被保険者と家族(被扶養者)の区分に誤りがないようご注意ください。												
①-2 装具作製対象者の 氏名(カタカナ)	受診者の氏名と生年月日をご記入ください。														
①-3 生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和			年	月	日	※ 対象者が複数いる場合は、療養費支給申請書は 対象者ごとに作成が必要です。								
② 傷病名				③ 発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 2. 令和			年	月	日					
④-1 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 1. 仕事中以外(業務外)での傷病 <input type="checkbox"/> 2. 通勤中の傷病 <input type="checkbox"/> 3. その他		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基署にご確認ください。												
④-2 労働災害、通勤災害の 認定を受けていますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		「1. はい」の場合、別途「第三者行為による傷病履」をご提出ください。												
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"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ														
⑥-1 診療を受けた 医療機関等の名称															
⑥-2 診療を受けた 医療機関等の所在地															
⑥-3 診療した医師等 の氏名															
⑦ 装具等の装着指示日 (医師による装着指示日)	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		装具装着指示日は作成指示書の装着判断日、記入がなければ採寸日(治療用眼鏡の場合は検査日)をご記入ください。												
⑧ 装具等購入日(領収日) および金額	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			<input type="text"/> 円(右づめ)											
⑨ 装具等装着確認日 (医師による装着確認日)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日														
⑩ 診療の内容	治療用装具の装着														
⑪ 療養費申請の理由	<input type="checkbox"/> 5. 治療用装具を作製したため														

6 6 1 2 1 2 0 3