

記入のポイント 療養費（立替払）（1ページ）

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**

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(本人)の情報を記入
※扶養家族の情報ではありません**

記号(左づめ) 記号・番号

氏名(カタカナ)

氏名

郵便(ハイフン)

住所

申請者氏名と同じ名義の口座を記入

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 銀行 金庫 信組 支店名

本店 支店 代理店 出張所 **本店営業部** 営業部 支所 支所

**十六銀行、大垣共立銀行の本店営業部は、
「本店営業部」に○ 「本店」は×**

**原則記入不要
記入すると確認書類が必要**

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。

記入不要

全国健康保険協会
協会けんぽ

1/2

記入のポイント 療養費（立替払）（2ページ）

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
被保険者氏名	被保険者（本人）の名前			
①-1 受診者	☐ 1. 被保険者 ☐ 2. 家族（被扶養者）			
①-2 受診者の氏名 (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。			
①-3 受診者の生年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 年 月 日 3. 令和 年 月 日			
② 傷病名	年 月 日			
④-1 傷病の原因	1. 仕事以外(業務外)での 2. 仕事(業務上)での傷病 3. 通勤途中での傷病			
④-2 労働災害、通勤災害の 認定を受けていますか。	1. はい 2. 請求中 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。	1. はい 2. いいえ 「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。			
⑥-1 診療を受けた 医療機関等の名称	領収書などから転記			
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	年 月 日 から 令和 年 月 日			
⑧ 療養に要した費用 の額(右づめ)	円			
⑨ 診療の内容				
⑩ 療養費申請の理由	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 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 3. 入院時の食事代の差額を申請するため 4. 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 1

 全国健康保険協会
協会けんぽ

2 / 2