

現金給付、証交付、任意継続等に関する申請 編

2-3-1-①-e

申請内容を入力する

療養費支給申請書(立替払等)

本項では療養費支給申請書(立替払等)の申請内容を入力する操作概要について説明します。

1. 加入者情報を入力する

●被保険者が申請する場合

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

加入者情報入力

被保険者(申請者)情報

保険者名称 **必須**

保険者名称 └ 東京支部

記号・番号 **必須**

半角数字7桁以上、8桁以内で入力ください。

記号 └ 21700023

半角数字7桁以内で入力ください。

番号 └ 21

保険者名称や記号・番号は全国健康保険協会の資格情報が設定されるため、入力不要です。

氏名 **必須**

全角13文字(半角26文字)以内で入力ください。
姓と名の間にスペースを入力ください。

氏名――

協会 花子

氏名(カタカナ) **必須** **(?)**

全角25文字以内で入力ください。濁点(゛)、半濁点(゜)は1文字としてカウントします。
セイとメイの間にスペースを入力ください。

氏名(カタカナ)――

キヨウカイ ハナコ

生年月日 **必須**

年――

昭和64年・平成元年(1989
年)



月――

5月



日――

10日



氏名と生年月日は全国健康保険協会の資格情報が設定されます。入力
内容に誤りがないか確認し、誤りがある場合は修正します。

>[郵便番号と住所の入力](#) ヘ

●社会保険労務士の場合

1 — 2 — 3 — 4 — 5

加入者情報入力

被保険者(申請者)情報

保険者名称 **必須**

保険者名称 └ 東京支部

記号・番号 **必須**

半角数字7桁以上、8桁以内で入力ください。

記号 └ 21700023

半角数字7桁以内で入力ください。

番号 └ 21

保険者名称と記号・番号を入力します。

氏名 **必須**

全角13文字(半角26文字)以内で入力ください。
姓と名の間にスペースを入力ください。

氏名――

協会 花子

氏名(カタカナ) **必須**

全角25文字以内で入力ください。濁点(')、半濁点(゜)は1文字としてカウントします。
セイとメイの間にスペースを入力ください。

氏名(カタカナ)――

キヨウカイ ハナコ

生年月日 **必須**

年――

昭和64年・平成元年(1989
年)



月――

5月



日――

10日



氏名と生年月日を入力します。

>[郵便番号と住所の入力](#) ヘ

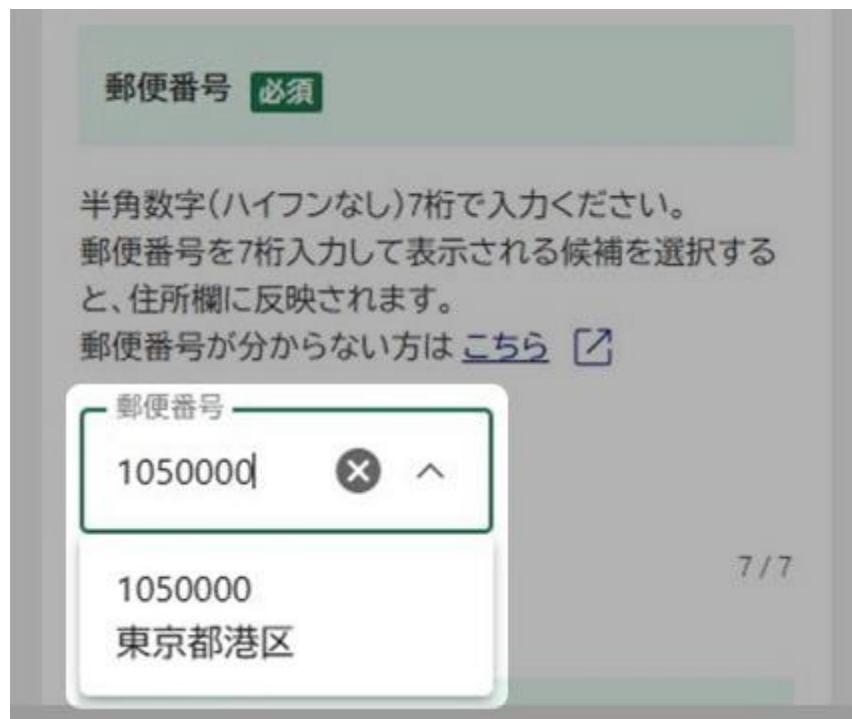
郵便番号 **必須**

半角数字(ハイフンなし)7桁で入力ください。
郵便番号を7桁入力して表示される候補を選択すると、住所欄に反映されます。
郵便番号が分からぬ方は [こちら](#) 

郵便番号 × ^

1050000
東京都港区

7/7



郵便番号欄に郵便番号を 7 桁すべて入力します。選択可能な住所が一覧で表示されます。住所を選択します。

住所 **必須**

住所は全角39文字(半角78文字)以内で入力ください(都道府県は文字数に含みません)。

— 都道府県 —

東京都 ▼

— 市区町村 —

港区

— 丁目・番地 —

○○1丁目1番地

— 建物名・号室 —

△△マンション101

自動入力された住所を確認し、住所の詳細を入力します。

電話番号 **必須**

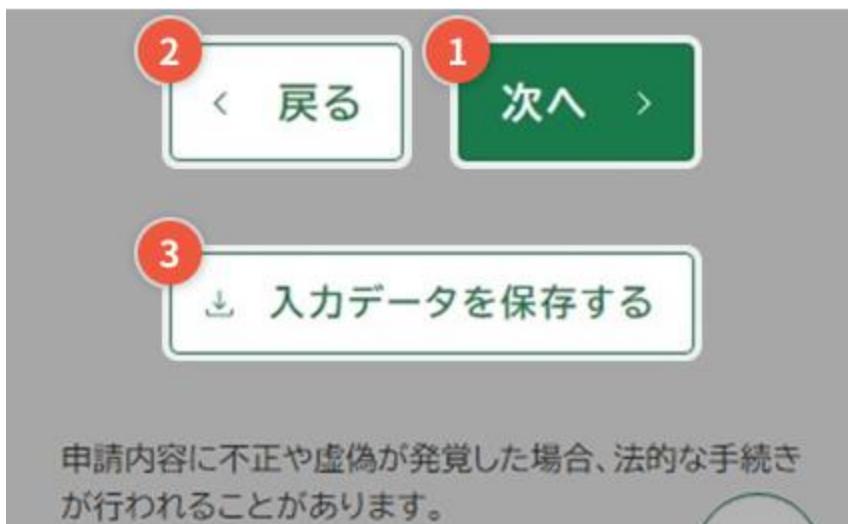
半角数字10桁以上、12桁以内で入力ください。

090 - 1234 - 1234

今回の申請は一度お返しした申請について再申請(提出)されるものですか。 **必須** 

はい いいえ

電話番号を入力し、今回の申請が再申請の場合は「はい」を、再申請ではない場合は「いいえ」を選択します。



① 「次へ」ボタン

入力内容を確認し、問題がない場合は「次へ」ボタンを押します。

② 「戻る」ボタン

「戻る」ボタンを押すと、前のページに戻ります。

attention
操作に関する注意事項

この画面で「戻る」ボタンを押すと、内容がクリアされますので、ご注意ください。

③ 「入力データを保存する」ボタン

「入力データを保存する」ボタンを押すと、次回、メニュー画面の申請する欄にある「保存データを利用して申請」ボタンから申請を再開することができます。

入力内容のデータは「療養費支給申請書(立替払等)
_YYYYMMDDhhmmss.json」のファイル名で、ご利用の端末に保存されます。

例:2026年1月20日10時30分22秒に「入力データを保存する」ボタンを押した場合、ファイル名は「療養費支給申請書(立替払等)_20260120103022.json」となります。

> 2-3-1 ④保存データを利用して申請する ヘ

2. 口座情報を入力する

✓ — 2 — 3 — 4 — 5 — 6

口座情報入力

振込先指定口座

公金受取口座希望 **必須**

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座への振込を希望する場合は、「希望する」を選択してください。
公金受取口座への振込を希望されない場合は「希望しない」を選択してください。
※原則申請者本人の口座にお振込みします。申請者が被保険者の場合のみ公金受取口座を希望できます。

マイナポータルに登録された公金受取口座の情報について、協会けんぽが口座情報を取得できるまで一定の期間を要します。
そのため、マイナポータルに公金受取口座を登録されて間もない方は、ご利用の希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください。

希望する **希望しない**

公金受取口座希望の有無を選択します。

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座への振込を希望する場合は、「希望する」を選択します。

公金受取口座への振込を希望しない場合は、「希望しない」を選択します。

「希望する」を選択した場合 > [次の操作](#) へ

「希望しない」を選択した場合 > [公金受取口座を希望しない場合](#) へ

●公金受取口座を希望しない場合

金融機関名称 **必須**

金融機関名称をひらがな、カタカナ、漢字、英字のいずれか1文字以上入力し、表示された候補から選択してください。

候補から選択せず直接入力される場合は、「銀行」、「信用金庫」等、金融機関の種別まですべて入力ください。

振込先指定口座は、申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。

全角50文字以内で入力ください。

▼ 海外療養費を申請される場合の口座の入力について

いてはこちら

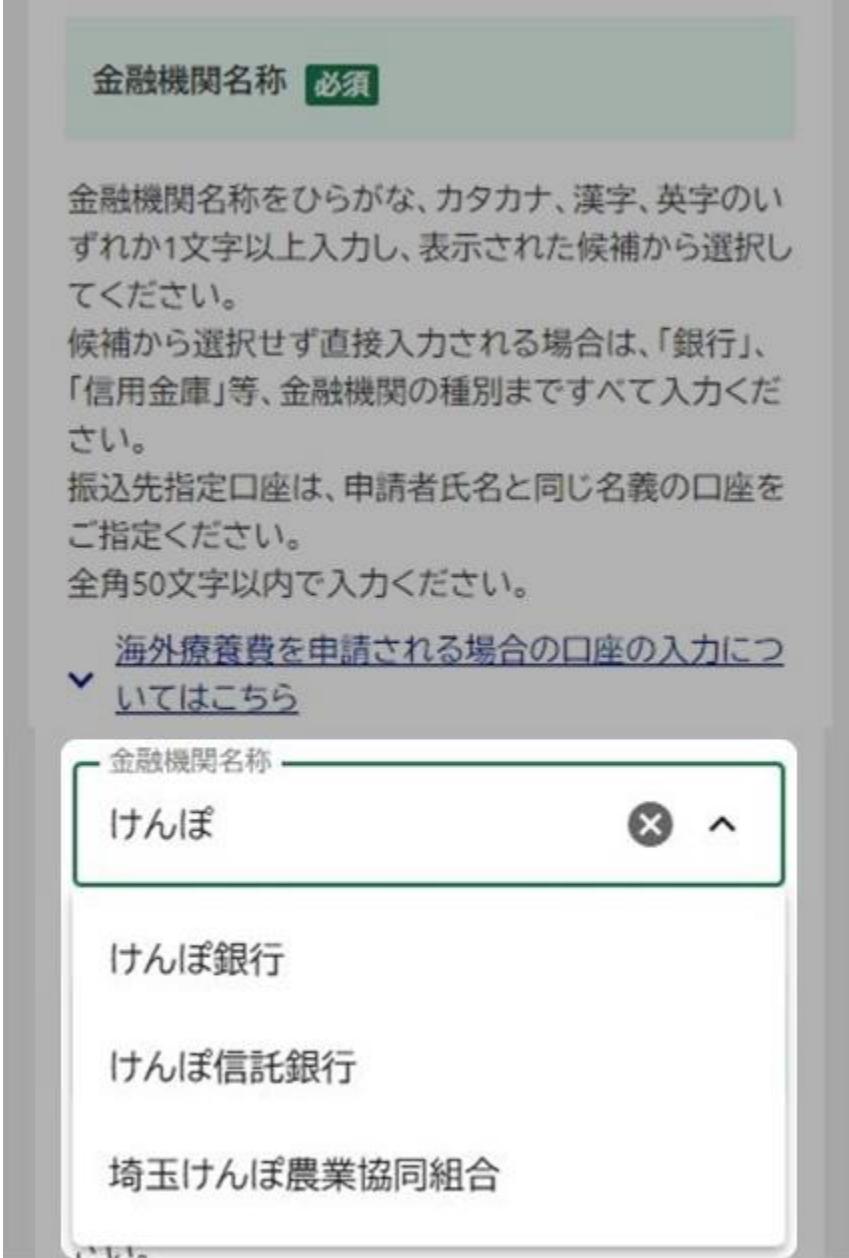
金融機関名称

けんぽ

けんぽ銀行

けんぽ信託銀行

埼玉けんぽ農業協同組合



金融機関名称を検索して選択するか、直接入力します。

※金融機関名称は部分一致で検索されます。

支店名 必須

支店名をひらがな、カタカナ、漢字、英字のいずれか1文字以上入力し、表示された候補から選択してください。

候補から選択せず直接入力される場合は、「支店」、「本店」、「出張所」等、支店の種別まですべて入力ください。

全角15文字以内で入力ください。

▼ [ゆうちょ銀行の場合の注意点はこちら](#)

X ^

- 押上支店
- 浅草橋支店
- 亀有支店
- 綾瀬支店
- 赤羽支店
- 青山支店

支店名を検索して選択するか、直接入力します。

※支店名は部分一致で検索されます。

預金種別

ご指定いただけるのは普通預金口座のみとなります。

普通預金

口座番号 **必須**

半角数字7桁以内で入力ください。

▼ [ゆうちょ銀行の場合の注意点はこちら](#)

口座番号

1234567

口座番号を入力します。



① 「次へ」ボタン

入力内容を確認し、問題がない場合は「次へ」ボタンを押します。

② 「戻る」ボタン

「戻る」ボタンを押すと、前のページに戻ります。

③ 「入力データを保存する」ボタン

「入力データを保存する」ボタンを押すと、次回、メニュー画面の申請する欄にある「保存データを利用して申請」ボタンから申請を再開することができます。

入力内容のデータは「療養費支給申請書(立替払等)

_YYYYMMDDhhmmss.json」のファイル名で、ご利用の端末に保存されます。

例:2026年1月20日10時30分22秒に「入力データを保存する」ボタンを押した場合、ファイル名は「療養費支給申請書(立替払等)_20260120103022.json」となります。

>2-3-1 ④保存データを利用して申請する ヘ

3. 申請情報を入力する



今回の申請が被保険者受診分の申請の場合は「被保険者」を、家族(被扶養者)受診分の申請の場合は「家族(被扶養者)」を選択します。

受診者の氏名(カタカナ) **必須**

全角25文字以内で入力ください。濁点(゛)、半濁点(゜)は1文字としてカウントします。

セイとメイの間にスペースを入力ください。

受診者の氏名(カタカナ) —

キヨウカイ タロウ

受診者の生年月日 **必須**

年 —

昭和64年・平成元年(1989
年)



月 —

5月



日 —

10日



受診者の氏名と生年月日を入力します。

傷病名 **必須**

全角25文字(半角50文字)以内で入力ください。

傷病名

左足首ねん挫

発病または負傷年月日

具体的な日付がわからない場合は、わかる範囲で入力ください。

年

令和8年(2026年)



月

1月



日

20日



傷病名と発病・負傷年月日を入力します。

傷病の原因 **必須**

傷病の原因 —

仕事中以外(業務外)での傷病 ▼

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。 **必須**

はい いいえ

傷病の原因を入力し、原因が第三者の行為によるものか選択します。

 point 操作に関するポイント

「傷病の原因」で「仕事中(業務上)での傷病」、または「通勤途中での傷病」を選択した場合、「労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。」が表示されます。

労働災害、通勤災害の認定の有無を選択します。

傷病の原因 **必須**

傷病の原因 —

仕事中(業務上)での傷病 ▼

労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。
必須

労災・通災認定の有無 —

請求中 ▼

診療を受けた医療機関等の名称 必須

受診した医療機関等が複数ある場合は、いずれか一つの医療機関名を入力ください。

全角39文字(半角78文字)以内で入力ください。

— 診療を受けた医療機関等の名称 —

○○クリニック

診療を受けた医療機関等の所在地 必須

「診療を受けた医療機関等の名称」に入力した医療機関の住所を入力ください。

所在地は全角39文字(半角78文字)以内で入力ください(都道府県は文字数に含みません)。

— 都道府県 —

東京都



— 市区町村 —

港区

— 丁目・番地 —

○○1丁目1番地

— 建物名・号室 —

△△△△

診療を受けた医療機関等の名称と所在地を入力します。

診療した医師等の氏名 **必須**

「診療を受けた医療機関等の名称」に入力した医療機関で診療した医師等の氏名を入力ください。医師の氏名が不明な場合は、不明と入力ください。

全角13文字(半角26文字)以内で入力ください。

姓と名の間にスペースを入力ください。

診療した医師等の氏名

健保 次郎

診療した医師等の氏名を入力します。

診療を受けた期間 **必須**

自費で診療を受けた期間もしくは、入院時に支払った食事療養費の期間の始めと終わりの日を入力ください。

年

令和8年(2026年)



月

1月



日

20日



から

年

令和8年(2026年)



月

1月



日

20日



診療を受けた期間を入力します。

診療に要した費用の額 必須

領収書(領収明細書)に記載されている金額を入力ください。

半角数字7桁以内で入力ください。

— 療養に要した費用の額 —

9,600

円

用意していた領収書に記載されている金額を入力します。

診療の内容 必須

診療の内容を入力ください。

全角30文字(半角60文字)以内で入力ください。

— 診療の内容 —

診察のうえ、湿布薬を処方された。

療養費申請の理由 必須

— 療養費申請の理由 —

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



診療の内容を入力し、申請理由を選択します。



① 「次へ」ボタン

入力内容を確認し、問題がない場合は「次へ」ボタンを押します。

> 2-3-1 ② 書類をアップロードする へ

② 「戻る」ボタン

「戻る」ボタンを押すと、前のページに戻ります。

③ 「入力データを保存する」ボタン

「入力データを保存する」ボタンを押すと、次回、メニュー画面の申請する欄にある「保存データを利用して申請」ボタンから申請を再開することができます。

入力内容のデータは「療養費支給申請書(立替払等)

_YYYYMMDDhhmmss.json」のファイル名で、ご利用の端末に保存されます。

例:2026年1月20日10時30分22秒に「入力データを保存する」ボタンを押した場合、ファイル名は「療養費支給申請書(立替払等)_20260120103022.json」となります。

> 2-3-1 ④ 保存データを利用して申請する へ