



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 | 記号・番号 | 記号(左づめ) | 番号(左づめ) | 生年月日 | |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 1.昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2.平成 <input type="text"/> 3.令和 <input type="text"/> | |
| | 個人番号 (マイナンバー) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | 氏名 (カタカナ) | <input type="text"/> | | | |
| | 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。 | | | | ※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。 被保険者がお亡くなりになっている場合は、 相続人よりご申請ください。 |
| | 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 | | | | |

| | | | | |
|---------|--|--|---|---|
| 振込先指定口座 | 公金受取口座の利用について | <input type="checkbox"/> 1.希望する | <input checked="" type="checkbox"/> 2.希望しない | 「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、 以下の振込先情報のご記入は不要です。 |
| | 公金受取口座の利用について「2.希望しない」を選択された場合は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。 | | | |
| | 金融機関名称 | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 | 支店名 | <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本店営業部 <input type="checkbox"/> 営業部 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所 |
| 預金種別 | <input type="checkbox"/> 1 普通預金 | 口座番号 (左づめ) | <input type="text"/> | |

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 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) 2. 記入有(添付なし) 3. 記入無(添付あり) | | | | | | |
| 添付書類 | 領収書 | <input type="checkbox"/> 1.添付 2.不備 | 診療費用 | <input type="text"/> | 円 | 負担割合 | <input type="text"/> % |
| | 診療明細 (レセプト) | <input type="checkbox"/> 1.添付 2.不備 3.同意書 | 戸籍 (法定代理) | <input type="checkbox"/> 1.添付 | 口座証明 | <input type="checkbox"/> 1.添付 | |
| 申請内容 | 診療期間 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | | | | |
| | 申請理由 | <input type="checkbox"/> 1.マイナ保険証不持 2.他保険者受診 3.食事療養費 9.その他 | 入院外来 | <input type="checkbox"/> 1.入院 2.外来 | | | |
| <input type="text"/> 6 6 1 1 1 1 0 3 | | その他 | <input type="checkbox"/> 1.その他 (理由) | | | 枚数 | <input type="text"/> |
| 受付日付印 | | | | | | | |

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. 家族(被扶養者) | | | | |
| ①-2 ① 受診者の氏名 (カタカナ) | | <input type="text"/> | 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 | | <input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="text"/> 日 2. 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | |
| ② 傷病名 | | <input type="checkbox"/> ③ 発病または 負傷年月日 | | <input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 3. 未記入 | | |
| 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(業務上)での傷病 <input type="checkbox"/> 3. 通勤途中での傷病 | } ➔ ④-2へ | | | |
| 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 2. 請求中 3. 未請求 | <input type="text"/> | | | |
| 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 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 | | | | | | |
| 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="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 | から | 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 | | |
| ⑧ 療養に要した費用 の額(右づめ) | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 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 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