



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