

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



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
	個人番号 (マイナンバー)			1. 昭和 2. 平成 3. 令和
	氏名 (カタカナ)			
	氏名	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。		
	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			

振込先指定口座	公金受取口座の利用について	1. 希望する 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	銀行 金庫 信組 農協 漁協	支店名
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)	

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
	診療明細 (レセプト)	1. 添付 2. 不備 3. 同意書	戸籍 (法定代理)
申請内容	診療期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	口座証明
	申請理由	1. マイナ保険証不所持 2. 他保険者受診 3. 食事療養費 9. その他	入院外来
6 6 1 1 1 1 0 3		その他	枚数

受付日付印



全国健康保険協会
協会けんぽ

(2026.1)

1 / 2

被保険者氏名

申請内容	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)	<div></div> <div>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。</div>
	①-3 受診者の生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 3. 令和
	② 傷病名	③ 発病または 負傷年月日 <input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 令和
	④-1 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 1. 仕事以外(業務外)での傷病 <input type="checkbox"/> 2. 仕事(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 <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 「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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 から 令和 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日	
⑧ 療養に要した費用 の額(右づめ)	<div></div> 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

