

# 記入漏れや記入不備を減らすための 療養費支給申請書(立替払)の記入のポイント

申請書は受診者ごとに1枚の申請書を作成する必要があります。

△申請書は複製禁止です。  
スムーズな審査のため、  
ご協力をお願いいたします。

## 1ページ目:被保険者記入欄

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「引き」をご確認ください。

部分はすべての箇所についてご記入ください。

|                  |                       |                     |           |
|------------------|-----------------------|---------------------|-----------|
| 被保険者証<br>記号(左づめ) | 217000231             | 生年月日                | 2010510   |
| 氏名<br>(カタカナ)     | キョウカイ タロウ             |                     |           |
| 氏名               | 協会 太郎                 |                     |           |
| 郵便番号<br>(ハイフン除く) | 3100000               | 電話番号<br>(左づめハイフン除く) | 029XXXXXX |
| 住所               | 茨城 水戸市001-1△△マンション101 |                     |           |
| 金融機関名称           | ゆうちょ                  | 支店名                 | 〇六八       |
| 預金種別             | 1 普通預金                | 口座番号<br>(左づめ)       | 1234567   |

### ！記号番号注意



### ！勘違い注意

受診者のご家族(被扶養者)の場合も、**被保険者**の氏名・生年月日を記入してください。

### ！記入不備注意

ゆうちょ銀行をご指定の場合は、振込用の漢数字3桁(〇六八など)で記入してください。

### ！記入不備注意

口座番号は、必ず上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

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<br>(被保険者) | <input type="checkbox"/>                | 1. 記入有 (選付あり)<br>2. 記入有 (選付なし)<br>3. 記入無 (選付あり) |                               |
| 添付書類           | 領収書 <input type="checkbox"/>            | 診療費用 <input type="checkbox"/>                   | 負担割合 <input type="checkbox"/> |
|                | 診療明細<br>(レセプト) <input type="checkbox"/> | 戸籍<br>(法定代理) <input type="checkbox"/>           | 口座証明 <input type="checkbox"/> |
| 申請内容           | 診療期間                                    | 申請理由  | 入院外来 <input type="checkbox"/> |

被保険者証の記号番号を記入いただいた場合、**マイナンバー**の記入は不要です。  
※マイナンバーを記入いただいた場合、身元確認を行うための書類と番号確認を行うための書類の添付が必要です。これらの添付がない場合は、申請書をお返すことになりますので、ご注意ください。

### 【被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合】

- 被保険者情報欄の氏名には、被保険者の相続人の方の氏名を記入してください。(住所・振込口座も同様です。)
- ※生年月日欄は「被保険者」の生年月日を記入してください。
- ※**被保険者の相続人であることを確認できる戸籍謄本**等の添付が必要です。(申請できる方は相続順位が一番高い方になります)

## 2ページ目：被保険者記入欄

【医療費を自費で支払った場合】

**領収書と診療明細書の原本の添付が必要です。**

※ほかの手続きで領収書と診療明細書が必要となる方は、申請書提出前にコピーを控として手元に残しておいてください。なお、**原本返却をご希望の場合は**、申請する際に付箋やメモ等で「原本返却希望」と記載いただければ、審査後にお返しします。

【前の保険者（他の保険者）の保険証を使用し、医療費の返還をした場合】

**国民健康保険、健康保険組合などが発行した領収書※と診療明細書（レセプト）の原本の添付が必要です。**

※領収書は、医療機関発行分ではなく、前の保険者が発行した領収書が必要です。

### 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

|                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
| ①-1 受診者                              | <input type="text" value="2"/>   | 1. 被保険者<br>2. 家族(被扶養者)  |
| ① 受診者の氏名(カタカナ)                       | <input type="text" value="キョウカイ ハナコ"/>   | 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。漢字(「」)、平仮名(「」)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="text" value="1"/> <input type="text" value="61"/> 年 <input type="text" value="11"/> 月 <input type="text" value="12"/> 日   | 1. 昭和<br>2. 平成<br>3. 令和   |
| ② 傷病名                                | <input type="text" value="左手首裂傷"/>   | ③ 発病または負傷年月日 <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="02"/> 年 <input type="text" value="06"/> 月 <input type="text" value="02"/> 日 |
| ④-1 傷病の原因                            | <input type="text" value="1"/>   | 1. 仕事(職場)での傷病<br>2. 仕事(職場)以外の傷病<br>3. 通勤途中の傷病   |
| ④-2 労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。            | <input type="text" value="3"/>   | 1. はい<br>2. 請求中<br>3. 未請求   |
| ④-3 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="text" value="2"/>   | 1. はい<br>2. いいえ   |
| ⑤-1 診療を受けた医療機関等の名称                   | <input type="text" value="〇〇総合病院"/>  |   |
| ⑤-2 診療を受けた医療機関等の所在地                  | <input type="text" value="〇〇市〇〇町〇〇"/>  |   |
| ⑤-3 診療した医師等の氏名                       | <input type="text" value="保険 勘三郎"/>  |   |
| ⑦ 診療を受けた期間                           | 令和 <input type="text" value="02"/> 年 <input type="text" value="06"/> 月 <input type="text" value="02"/> 日 から 令和 <input type="text" value="02"/> 年 <input type="text" value="06"/> 月 <input type="text" value="06"/> 日 |   |
| ⑧ 療養に必要な費用の額(おつめ)                    | <input type="text" value="5500"/> 円  |   |
| ⑨ 診療の内容                              | <input type="text" value="診察の上、薬を処方された。"/>   |   |
| ⑩ 療養費申請の理由                           | <input type="text" value="1"/>   |   |
|                                      | 1. 被保険者証を持参できなかったことにより、医療費を全額自己負担したため<br>2. 他の保険者の被保険者証を使用し、医療費を返還したため<br>3. 臨時の資事代の差額を申請するため  |   |

### ！ 記入漏れ注意

被保険者氏名を記入

### ！ 記入不備注意

受診者が、ご本人（被保険者）であれば「1」、ご家族（被扶養者）であれば「2」と記入してください。本人、ご家族にかかわらず、①-2、①-3は必ずご記入ください。

### ！ 記入漏れ注意

②傷病名必ずご記入してください。  
③発病または負傷年月日不明の場合は、記入の手引きP3の⑦を参考にご記入ください。

### ！ 記入不備注意

医療機関等の情報を領収書等で確認して記入してください。

### ！ 記入不備注意

今回申請する期間のなかで、受診した最初の日から最後の日を記入してください。

### ！ 記入不備注意

領収書（領収明細書）に記載されている金額を記入してください。

**！ 記入漏れ多発箇所**  
必ず漏れなくご記入ください。

### ！ 記入漏れ注意

選択肢のなかから該当する数字を記入してください。記入の手引きP3の⑩と、記入の手引きP4の支給を受ける条件を参考にご記入ください