

提出前にご確認ください!

立替払

1ページ目

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 **立**

被保険者(お勤めしている方)のお名前・生年月日等

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) 記入の手引」を参照してください。申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

被保険者情報

記号 番号 生年月日 年 月 日

被保険者証の(左づめ) 21700023 21

氏名・印 (フリガナ) キョウカイ タロウ 協会 太郎

住所 (〒105-0000) 東京 港区〇〇1-1 △△マンション101

電話番号 (日中の連絡先) TEL 03 (XXXX)XXXX

昭和 平成 611022

被保険者(太郎)の生年月日

被保険者(お勤めしている方)以外の方の口座を希望される場合は、被保険者と口座名義人の記名・押印等

振込先指定口座

金融機関名称 〇〇〇〇

預金種別 1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知

口座番号 1234567

口座名義 キョウカイ タロウ

口座名義の区分 1 1. 被保険者 2. 代理人

受取代理人の欄

被保険者 氏名・印 住所 「被保険者情報」の住所と同じ

代理人(口座名義人) 住所 代理人住所は省略不可 (フリガナ) 被保険者と違う印影の印鑑で押印

※ご注意ください
家族(被扶養者)の方の療養費の立替払等であっても、被保険者情報欄には被保険者の氏名、生年月日、住所などの情報をご記入ください。

「被保険者記入用」は2ページに続きます。>>>

※この申請書見本は協会けんぽの加入者様専用です。
詳細については、ホームページ (<http://www.kyoukaikenpo.or.jp/>) 等にて「記入の手引き」をご覧ください。

2ページ目 (抜粋)

被保険者氏名 協会 太郎

申請内容

① 受診者 2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

①-① 家族の場合はその方の 氏名 協会 花子 生年月日 昭和 平成 18年10月1日

② 傷病名 右膝関節靭帯損傷

③ 発病または負傷年月日

④ 発病の原因および経過(詳しく) 2 1. 病気 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

家族(被扶養者)の方が受診した場合

健康保険 家族(被扶養者) 01111

被保険者証 平成26年6月25日交付

記号 21700023 番号 21

氏名 協会 花子

生年月日 昭和 18年 10月 1日

性別 女

認定年月日 平成 26年 6月 1日

被保険者氏名 協会 太郎

事業所名称 〇〇 株式会社

保険者番号 01010016

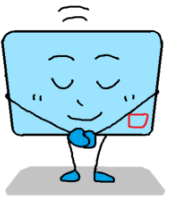
保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部

保険者所在地 〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇

ケガの場合は「負傷原因届」が必要です。
相手がいるケガの場合は「第三者行為による傷病届」が必要です。
※業務上・通勤途上のケガの場合は労働基準監督署へご相談ください。

ご提出の前に…添付書類をチェック!

- 診療明細書に傷病名の記載はありますか?(病院で10割支払った方)
- 領収書は原本ですか?(お子様の受診分の場合、小児医療制度等で後日領収書のコピーが必要となる場合がありますので、コピーをとってからお送りください。)
- ケガの場合、負傷原因届等がありますか?



提出前にご確認ください!

治療用装具

1 ページ目

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1 2 ページ 被保険者記入用

治

記入方法および添付書類については、「健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具) 記入の手
申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

被保険者 (太郎)
の生年月日

記号	番号	生年月日	年 月 日
被保険者証の (左づめ)	21700023 21	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	6 1 1 0 2 2
氏名・印	(フリガナ) キョウカイ タロウ 協会 太郎	目録の場合は印を省略できます。	
住所	(〒105-0000) 東京 港区 〇〇 1-1	△△マンション101	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (XXXX) XXXX		

金融機関 名称	〇〇〇〇	銀行 (金庫) 信組 農協 漁協 その他 ()	〇〇〇〇	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 (支所)
預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	左づめでご記入ください
口座名義	▼カタカナ (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。)	口座名義 の区分	1	1. 被保険者 2. 代理人
	キョウカイ タロウ			

受取代理人の欄	本申請に基づき給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	平成 年 月 日
被保険者	氏名・印	住所 「被保険者情報」の住所と同じ
代理人 (口座名義人)	住所 代理人住所は省略不可 (フリガナ)	被保険者との 関係
	氏名・印	被保険者と 違う印影の 印鑑で押印

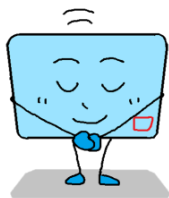
※ご注意ください

家族 (被扶養者) の方の治療用装具や眼鏡などの購入の場合であっても、
被保険者情報欄には被保険者の氏名、生年月日、住所などの情報をご記入ください。

「被保険者記入用」は2ページに続きます。>>>

※この申請書見本は協会けんぽの加入者様専用です。

詳細については、ホームページ (<http://www.kyoukaikenpo.or.jp/>) 等
にて「記入の手引き」をご覧ください。下記までお問合せください。



2 ページ目
(抜粋)

被保険者氏名 協会 太郎

申請内容	① 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族 (被扶養者)
	①-① 家族の場合はその方の	氏名 協会 花子 生年月日 昭和 平成 18 年 10 月 1 日
	② 傷病名	右膝関節靭帯損傷 ③ 発病または 負傷年月日
	④ 発病の原因および経過 (詳しく)	2 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

家族 (被扶養者) の方が装具を作成した場合

健康保険 被保険者証	家族 (被扶養者)	01111
	平成26年6月25日交付	
記号	21700023	番号 21
氏名	協会 花子	
生年月日	昭和 18年 10月 1日	
性別	女	
認定年月日	平成 26年 6月 1日	
被保険者氏名	協会 太郎	
事業所名称	〇〇 株式会社	
保険者番号	0:10:10:0:16	
保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部	
保険者所在地	〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇	

ケガの場合は「負傷原因届」が必要です。
相手がいるケガの場合は「第三者行為による
傷病届」が必要です。
※業務上・通勤途上のケガの場合は労働基準監督署
へご相談ください。

ご提出の前に…添付書類をチェック!

医師の意見および装具装着証明書 (原本) がありますか?

領収書、明細書は原本ですか?

(お子様の装具を作成された場合、小児医療制度等で後日領収書のコピーが必要となる場合がありますので、コピーをとってからお送りください。)

ケガの場合、負傷原因届等がありますか?