

(新様式) 記入のポイント 療養費 (立替) ①

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。

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

不明の場合は記入不要

記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
被保険者証		1.昭和 2.平成 3.令和
氏名 (カタカナ)	氏名のおおまかなマスを空けてご記入ください。濁点(・)、半角点(。)は1字としてご記入ください。	
氏名	必ず「被保険者」の氏名・生年月日	
郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)	※申請書はお勧めされている「いた」被保険者です。被保険者がおくりになっている場合は、相続人よりご申請ください。
住所	受診者である被扶養者氏名等を書く×	

受取代理は原則廃止 → 必要の際は別紙記入

金融機関名称	銀行 企業 信託 郵便 済信 その他 ()	支店名
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)

自動審査対象外となり、支給日数要する場合あり

↑ 必要箇所をすべて記入 ↓

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もご記入ください。(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

原則、記入不要

以下は、協会使用権のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/> 1.記入有 (銀行あり) 2.記入有 (銀行なし) 3.記入無 (銀行あり)	領収書	<input type="checkbox"/> 1.領付 2.不付	診療費用		負担割合	
添付書類	診療明細 (レセプト)	<input type="checkbox"/> 1.領付 2.不付 3.同封書	戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/> 1.領付	口座証明	<input type="checkbox"/> 1.領付	
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.被保険者記不付時 2.自費保険適用 3.受診療養費 4.その他	入院外来	<input type="checkbox"/> 1.入院 2.外来	
	6 6 1 1 1 1 0 1	その他	<input type="checkbox"/> 1.その他	枚数			

記入すると確認書類が必要

(2022.10)

(新様式) 記入のポイント 療養費 (立替) ②

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払等)
 家 族

1 2 ページ

被保険者氏名

①-1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族 (扶養者)
①-2 受診者の氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>
①-3 受診者の生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 3. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
② 傷病名	③ 発病または 負傷年月日 <input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
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
⑥-1 診療を受けた 医療機関等の名称	⑦ 診療を受けた期間 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
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	
⑧ 療養に要した費用 の額 (右詰め)	<input type="text"/> 円
⑨ 診療の内容	
⑩ 療養費申請の理由	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2. 他の保険者の被保険者証を使用し、医療費を差戻したため <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

・ケガのときの「負傷原因届」は原則不要
 *ただし、法人の役員は必要な場合あり。
 → 詳しくは「記入の手引き」3Pをお読み
 ください。

領収書などから転記

↑ 必要箇所をすべて記入 (「はい」「いいえ」なども未記入にしないでください) ↑

(新様式) 記入のポイント 療養費 (装具) ①

不明の場合は記入不要

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

被保険者証 記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日 1. 昭和 2. 平成 3. 令和
氏名 (カタカナ)	氏名	
郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)	※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。
住所 都 道 府 県	金融機関名称 銀行 企業 信託 農協 漁協 その他 ()	
支店名	預金種別 1 普通預金	支店番号 (左づめ)

必ず「被保険者」の氏名・生年月日

装具を作った被扶養者
氏名等を書く×

受取代理は原則廃止 → 必要の際は別紙記入

自動審査対象外となり、支
給日数要する場合あり

↑ 必要箇所をすべて記入 ↓

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

原則、記入不要

以下は、協会使用権のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	1. 記入有 (銀行あり) 2. 記入有 (銀行なし) 3. 記入無 (銀行あり)					
添付書類	領収書	1. 添付 2. 不備	購入金額	円		
	医師 意見書等	1. 添付 2. 不備	装具 指示日	令和 年 月 日	写真 (捺印済)	1. 添付 2. 不備
	戸籍 (法定代理)	1. 添付	口座証明	1. 添付		
申請内容	装具種類	1. コルセット等 2. 車椅子 (脚車) 3. 車椅子 (脚車以外) 4. 身体障害 5. 車椅子用 6. その他	弱視用 眼鏡	1. 折りたたみ式 2. 折りたたみ式 (両手車) 3. 固定式		
	弾性着衣 種類	1. ストッキング (両足) 2. ストッキング (片足) 3. スリーブ 4. グローブ 5. 長袖 (上服) 6. 長袖 (下服)	弾性着衣 対象病名	1. リンパ浮腫 2. 慢性腎臓病	弾性着衣 購入枚数	
6 6 1 1 1 2 0 1	その他	1. その他 (指定)	枚数			

記入すると確認
書類が必要

(新様式) 記入のポイント 療養費 (装具) ②

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

被保険者氏名

①-1 装具作成対象者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族 (被扶養者)
①-2 装具作成対象者の氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>
①-3 生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 3. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
② 病名	③ 発病または負傷年月日 <input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
④-1 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 1. 仕事以外 (業務外) での傷病 2. 仕事 (業務上) での傷病 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. 認定中 <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
⑥-1 診療を受けた医療機関等の名称	申請内容
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 装具等の装着指示日 (医師による装着指示日)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
⑧ 装具等購入日 (領収日) および金額	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 円 (右づめ)
⑨ 装具等装着確認日 (証明日)	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
⑩ 診療の内容	治療用装具の装着
⑪ 療養費申請の理由	<input type="checkbox"/> 5. 治療用装具を作成したため

・ケガのときの「負傷原因届」は原則不要
*ただし、法人の役員は必要な場合あり。
→ 詳しくは「記入の手引き」3Pをお読みください。

領収書、医師の証明書などから転記

↑ 必要箇所をすべて記入 (「はい」「いいえ」なども未記入にしないでください) ↑