

# (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(姓)は1マス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)	※申請書はお勤めされている(いた)被保険者です。被保険者がお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	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.自費保険利用 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

被保険者氏名

①-1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族 (被扶養者)
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 (右つめ)	<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 <small>姓と名は1マス空けてご記入ください。漢字( )、英数字( )は1字としてご記入ください。</small>	
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	装具を作った被扶養者 氏名等を書く×	
金融機関名称 <small>(銀行 企業 信託 農協 漁協 其他)</small>	支店名 <small>(本店 支店)</small>	受取代理は原則廃止 → 必要の際は別紙記入
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、協会使用権のため、記入しないでください。

MN種別 (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)	購入金額
添付書類	領収書 <input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備 医師意見書等 <input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備 戸籍 (法定代理) <input type="checkbox"/> 1. 添付 口座証明 <input type="checkbox"/> 1. 添付	写真 (顔写真) <input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備
申請内容	装具種類 <input type="checkbox"/> 1. コルセット等 2. 巻帯等 (胸部) 3. 巻帯等 (腰部以下) 4. 弾性履衣 5. 装具器具 弾性履衣種類 <input type="checkbox"/> 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. 足帯 (上足) 6. 足帯 (下足)	装具用履物 <input type="checkbox"/> 1. 脱け履物 2. 脱け履物 (履物) 3. 脱け履物 弾性履衣対象履物 <input type="checkbox"/> 1. リンパ浮腫治療 2. 弾性履物治療 弾性履衣購入枚数 <input type="checkbox"/>
6 6 1 1 1 2 0 1	その他 <input type="checkbox"/> 1. その他 (欄外)	枚数 <input type="checkbox"/>

受付日付印

原則、記入不要

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	<input type="text"/>
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) ↑