療養費支給申請書（立替払等） 記入例

健康保険 被保険者 家族 **療養費 支給申請書** 立替払・治療用装具・海外

被保険者情報	被保険者等	記号 987 番号 654	生年月日	昭・平・令 ○○ 年 ○ 月 ○ 日
	❶ 氏名・印	（フリガナ） ケンポ タロウ 健保 太郎	印	← 自署の場合は押印を省略できます。
	❷ 住所	〒 110－ 0000 東京 都・道 府・県 ❸ 墨田区○○ ×－×		
		電話番号☎（日中の連絡先） 03-1234-0000	受領委任（チェック必須）	☑本申請書の提出を事業主に依頼します。
	事業所名称	（株）○○○○		☑在職中の給付金は事業主経由で受領します。

当健康保険組合を資格喪失した方・被保険者死亡のため遺族が申請する場合は下記振込先をご記入ください。

退職者記入欄	振込先金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他（ ） 支店・本店・出張所 その他（ ）	預金種別	普通・当座・その他（ ）
			口座番号	
	口座名義（カタカナで記入）		口座名義区分	被保険者・申請者

申請者	❹ 被保険者死亡により口座名義が被保険者と異なる場合のみご記入ください。	申請者（口座名義人）	〒 住所	
			電話番号（日中の連絡先）	（ ）
			氏名・印	印 被保険者との関係（ ）

申請内容	受診者（どちらかに✔）	□ 被保険者 ☑家族（被扶養者）	❺ 第三者行為によるものですか ※	（はい）・いいえ
	❻ 家族の場合はその方の	氏名 健保 花子 生年月日 昭・平・令 ○○ 年 ○ 月 ○ 日	続柄（ 長女 ）	
	傷病名	捻挫	発病又は負傷年月日（療養開始日）	平・（令）○ 年 8 月 2 日
	発病又は負傷の原因及びその経過（けがの場合は、どこでどのように負傷されたか）	原因 自宅内の段差につまづいて捻ってしまった		
		経過 良好		
	❼ 診療を受けた病院等	名称 ○○整形外科医院		
		所在地 東京都台東区△△ ×－×	診療した医師の氏名	○○ ○○
	診療期間（支給期間）	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで （日数 日）		
	上記期間に入院していた場合はその期間	令和 ○ 年 8 月 2 日 から 令和 ○ 年 8 月 3 日 まで （日数 2 日）		
	療養に要した費用	×,××× 円	診療の内容	検査を受け湿布を処方された
	療養の給付を受けることができなかった理由	扶養加入手続き中で医療機関で保険資格が確認できなかったため		

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

受付日付印

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。） **※振込先は在職中の方は記載不要です。**

❶ 被保険者等記号・番号は、マイナ保険証又は、資格情報のお知らせ、資格確認書、保険証でご確認ください。

❷ 家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。
（住所、振込先口座も同様です。）

❸ 被保険者（申請者）本人の自署の場合は、押印を省略できます。

❹ 原則、事業主以外の代理人に給付金をお支払いすることはできません。

❺ 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。
詳しくは、当組合にお問い合わせください。

❻ 受診者が家族（被扶養者）の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。

❼ 医療機関名等をご記入ください。なお、薬剤に係る申請は、その薬局の名称等をご記入ください。
医師氏名、薬剤師氏名が不明の場合は空欄としてください。

添付書類

医療機関等の窓口で診療に要した費用の全額を自己負担している場合	① **診療内容を記載した証明書の原本** 診療報酬明細書(レセプト)（医療機関より交付を受けてください。） ② **領収書（領収明細書）の原本** 診療に要した費用を証明した領収書
当組合の資格はあるが、以前加入していた保険証で医療機関等を受診し、前保険者へ診療に要した費用を返還した場合	① **診療報酬明細書**(レセプト)（前保険者より交付を受けてください。） ② **領収書の原本** 返還請求された金額を支払ったことを証明する領収書