

# 療養費支給申請書（立替払等） 記入例

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) **1** **2**  
 家 族 被保険者(申請者)記入用

|   |   |             |   |
|---|---|-------------|---|
| 1<br>被保険者等<br>記号・番号<br>(ア～カ)  | 記号  | 番号          | 4<br>被保険者等以外のマイナンバーを記入してください  |
|   | 9 8 7   | 6 5 4 3 2 1 |   |
| 2<br>氏名   | (フリガナ) ケンポ タロウ<br>健保 太郎   |             | 生年月日<br><input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和<br>年 月 日 |
|   | 住所 (〒 110 - 0000) 東京 墨田区 〇〇<br>電話番号 (TEL) 090 ( 1234 ) 〇〇〇〇 1-2-3 □□マンション×××号 |             |   |
| 3<br><input type="checkbox"/> 本請求金額の受領を事業主へ責任します。(責任する場合は☑) ※事業主へ責任する場合、下記口座番号の記入は不要です。 |   |             |   |
| 3<br>振込先<br>口座  | 金融機関<br>名称  | 〇〇〇〇        | (銀行) 〇〇〇〇 (信用<br>金庫) 〇〇〇〇 (協同<br>組合) 〇〇〇〇 (その他) 〇〇〇〇  |
|   | 預金種別  | 普通          | <input type="checkbox"/> 当座番号 (1桁2桁) 1 2 3 4 5 6 7  |
|   | 口座名義<br>(カタカナ)  | ケンポ タロウ     |   |
|   | ゆうちょ  | 記号          | 1 〇 ※ <input type="checkbox"/>  |

※連線の記載がある方のみご記入ください

【添付書類】  
 療養費  
 自費治療、他保険治療に関する申請のときは、別紙の「自費治療若しくは別紙の療養費申請書」  
 生血等の輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」  
 すべて原本

「申請者記入用」は2ページに続きます。)))

社会保険労務士の  
提出代行著名記事務

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。)

- 1 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(保険証)」に記載されています。
- 2 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。  
被保険者が亡くなって、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。)
- 3 振込先を事業主へ委任する場合は、チェックしてください。
- 4 1の被保険者等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

\* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

# 療養費支給申請書（立替払等） 記入例

|                           |  |                          |  |
|---------------------------|--|--------------------------|--|
| 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) |  | 1                        | 2  |
| 健康保険 被保険者 家 族             |  | 被保険者(申請者)記入用             |  |
| 被保険者氏名 <b>健保 太郎</b>       |  |                          |  |
| 申請者氏名                     | 1 受診者  | 2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)    |  |
|                           | 5 ①-③の事項の場合はその方の氏名   | <b>健保 花子</b>             | 生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和<br>○○年 ○月 ○日 |
| 2 傷病名                     | <b>捻挫</b>  | ③ 発病または負傷年月日 令和 ○年 ○月 ○日 |  |
| 6 ④ 発病の原因および経過(詳しく)       | 1 傷病 <b>自宅内の段差につまづいて捻ってしまった</b><br>2. ケガ ⇒ 負傷原因欄を併せてご提出ください。   |                          |  |
| 7 ⑤ 診療を受けた医療機関等の名称        | 名称   | 所在地                      | 診療した医師等の氏名   |
|                           | <b>〇〇整形外科医院</b>  | <b>東京都台東区△△</b>          | <b>×-× 〇〇</b>  |
| 6 ⑥ 診療を受けた期間              | (令和) 年 月 日   | 年 月 日                    | 日数 <b>2</b> 日  |
| 6-① 上記の期間に入院していた場合は、その期間  | (令和) 年 月 日   | 年 月 日                    | 日数   |
| 7 療養に要した費用の額              | <b>×,××× 円</b>   |                          |  |
| 8 診療の内容                   | <b>検査を受け湿布を処方された</b>   |                          |  |
| 9 療養費の支給申請の理由             | 1<br>1. 加入していても医療機関を登録し、資格を確認できなかったため<br>2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を怠ったため<br>3. 他の保険者で突如喪失後に受診し、経過した医療費を療養費として申請するため<br>3. その他 (理由) |                          |  |

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- 5 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。
- 6 「ケガ」と答えた場合は、別途「負傷原因届」の提出が必要となります。
- 7 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。

\* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。