

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(申請者)記入手引き

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。

申請書は2ページです。

申請書は、家族(被扶養者)の療養費支給申請であっても、被保険者ご自身が記入ください。

添付書類(※1)をご用意ください。(コピーとして指定していないものは原本が必要です。)

■ 医療費を自費で支払ったとき (立替払) (※2)	<input type="radio"/> 診療内容を記載した証明書 診療明細書 <input type="radio"/> 領収書(領収明細書) 診療に要した費用を証明した領収書
■ 他の保険者の被保険者証等を使用したため、医療費の返還を行ったとき	<input type="radio"/> 診療報酬明細書 医療費を返還した保険者から交付を受けた診療報酬明細書 (封かんされているときは開封しないで封筒ごと添付してください。) <input type="radio"/> 領収書 医療費を返還した保険者から交付された領収書

※1) 給付金の支給決定後は、ご提出いただいた書類の返却はできません。

※2) 海外で治療したときは、本申請書とは別に申請書(海外療養費支給申請書)にて申請ください。

記入例 療養費支給申請書(立替払等)

②

被 保 険 者 (申 請 者) 情 報	① 記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者等の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	③ (フリガナ)	氏名					
	住所	(〒 -)	都 道 府 県				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)							

① マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

記号:3桁以内の数字です。 番号:4桁以内の数字です。

② 被保険者の生年月日を記入してください。例:平成3年1月1日生まれ → 030101と口の枠へ記入してください。

③ 被保険者の氏名を記入ください。フリガナは振込手続きに使用します。

④ 申請頂いた内容の確認をする場合に使用致します。

次ページにつづく →

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 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	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名		3 発病または負傷年月日	令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過（詳しく）	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> （原因および経過） </div> 2. ケガ → 健保へ連絡をお願いします。		
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	から <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	まで <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日数 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	から <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	まで <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日数 日
	7 療養に要した費用の額	_____ 円		
8 診療の内容				
9 療養費の支給申請の理由 添付書類	<input type="checkbox"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. 入社して間もなく、被保険者証等が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証等を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証等を使用したため 9. その他 <input type="checkbox"/> (理由) <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> (理由) </div> *添付書類：医療機関発行の領収書及び明細書（詳しくは別紙にて確認ください。）			