

# 記入のポイント 療養費（立替払）（1ページ）

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



医療機関窓口で療養費の全額を支払った場合は、申請書に「全額支払済」と記載し、領収書等の写を添付してください。療養費の種類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者(本人)の情報を記入  
※扶養家族の情報ではありません

被保険者証	記号(括弧)	氏名(カタカナ)	氏名	郵便番号	電話番号
※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。					

申請者氏名と同じ名義の口座を記入

金融機関名称	銀行( ) 企業( ) 信託( ) 農協( ) 漁協( ) 其他( )	支店名	本店( ) 支店( ) 代理店( ) 出張所( ) 本所( ) 支所( )
預金種別	1 普通預金	口座番号(左づめ)	

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。ゆうちょ銀行口座番号(記号-番号)ではお振込できません。

2ページ目に続きます。 >>>

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です。)

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

原則記入不要  
記入すると確認書類が必要

以下は、協会使用権のため、記入しないでください。

# 記入不要

# 記入のポイント 療養費（立替払）（2ページ）

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

被保険者氏名

被保険者(本人)の名前

①-1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)
①-2 ① 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. 別冊 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和
② 傷病名	<input type="text"/>
④-1 ④ 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 1. 仕事以外(業務外)で <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 ④ 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 ⑥ 診療を受けた 医療機関等の名称	<div style="border: 2px solid blue; padding: 10px; text-align: center;"> <p>領収書などから転記</p> </div>
⑥-2 ⑥ 診療を受けた 医療機関等の所在地	
⑥-3 ⑥ 診療した医師等 の氏名	
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
⑧ 療養に要した費用 の額(右詰め)	<input type="text"/> 円
⑨ 診療の内容	<input type="text"/>
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

すべて記入

領収書などから転記

6 6 1 2 1 1 0 1