

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者
申請者
情報

記号	番号	生年月日	年	月	日
被保険者等の (右づめ)		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和			
氏名	(フリガナ)				
住所	(〒 -) 都 道 府 県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
事業所名	所属(勤務)先				

<添付書類>

医療費を自費で支払ったとき	◆医療機関が発行した「診療明細書」◆領収書原本
他の保険者(国民健康保険など)の保険証を利用したことにより、医療費の返還を行ったとき	◆医療費を返還した保険者から交付された「診療報酬明細書」(開封しないこと)◆領収書原本
限度額適用・標準負担額減額認定証を提示しなかったことにより、入院時に支払った食事療養費を減額されない金額で支払ったとき	領収書原本(食事療養について支払った費用が確認できるもの)
生血液の輸血を受けたとき	◆輸血証明書◆領収書原本

以下のケースは追加の<添付書類>が必要となります。

臍帯血等を搬送したとき	◆領収書原本◆医師または歯科医師の意見書
被保険者の死亡後に相続人が請求するとき	◆被保険者との続柄が確認できる戸籍等の公的証明書
ケガ(負傷)による申請の場合	◆【K19】負傷原因届

↓当組合の資格喪失後申請時のみご記入ください。>健康保険加入中は規定により、事業所委任払いとなります。

振込先 指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	☐ 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号		左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)			

注:加入中申請時に記入された場合も、事業所委任払いとなります。

支給決定後の提出書類(添付書類を含む)返却はできません。自治体等の医療費助成申請の際は、領収書のコピー又は原本の提出の要否について事前にご確認のうえご申請ください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

所属事務所から届出済みのため記入不要です。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者

☐

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

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 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)

☐

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ → 【K14】負傷原因届を併せてご提出ください。

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

--	--	--	--	--	--

から

年 月 日

--	--	--	--	--	--

まで

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

--	--	--	--	--	--

から

年 月 日

--	--	--	--	--	--

まで

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

☐

1. 入社して間もなく、被保険者証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を使用したため
(理 由)

9. その他

ご記入いただいた内容を訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した者の氏名(サイン)をご記入ください。

決定年月日	令和	年	月	日
支給年月日	令和	年	月	日

健康保険組合決裁欄			
常務理事	事務長		担当