

- 申請書はクリップで留めてください。ホチキス留めは不可。
- A4片面で印刷ください。

1

2

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払等)

被保険者(申請者)記入用

被保険者ご逝去によりご遺族が申請される場合は、ご遺族の情報をご記入ください。

①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書等で確認し、ご記入ください。なお枝番の記入は不要です。

出向されている方は原籍の会社名をご記入下さい。

被保険者(申請者)情報	記号	1 2	番号	3 4 5	事業所名(会社名)	×××株式会社
	被保険者等記号・番号(右づめ)					
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎		被保険者生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ××年 ××月 ××日 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 ○○○ - ○○○○)	○○	都道府県	○○市○○町 1-2-3	
電話番号(日中の連絡先)	TEL 090 (××××) ××××					

振込先指定口座(申請者又は代理人)	● 公金受取口座を利用する場合は右記チェックボックスに <input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します <input type="checkbox"/>	
	注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。マイナポータル等で事前登録が完了していることをご確認ください。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。	
	● 公金受取口座を利用しない場合は下記の欄に振込先口座をご記入ください。	
	金融機関名称	○○○ <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他()
預金種別	1. 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/>	
口座番号(右づめ)	1 1 2 2 3	
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(ˆ)は1字としてご記入ください。)	
口座名義の区分	1. 申請者 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 代理人 <input type="checkbox"/>	

振込先の口座は原則被保険者の口座になります。また、被保険者ご逝去によりご遺族が申請される場合は、ご遺族の口座情報をご記入ください。

受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
被保険者(申請者) 氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
代理人(口座名義人) 住所(フリガナ)	委任者と代理人との関係
氏名	

この欄は原則記入不要です。事業所(会社)が給付金を代理で受け取る場合等においては、この欄をご記入のうえ、上記振込先口座欄も代理人の口座情報をご記入ください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

<備考>
※被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は健保組合までご相談ください。

(R6.12)
受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払等)

被保険者氏名 健保 太郎

詳細内容が不明な場合は、わかる範囲でご記入ください。ただし、ケガの場合は「いつ」「どこで」「何をしているとき」に負傷したのか具体的にご記入ください。

申請内容

1 受診者 2 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 健保 花子

続柄 妻

生年月日

昭和 平成 令和

XX 年 XX 月 XX 日

2 傷病名

アレルギー性鼻炎

3 発病または負傷年月日

昭和
平成
令和

不 詳 月 日

4 発病の原因および経過 (詳しく)

1 1. 病気
2. ケガ

(原因および経過)

数年前より花粉症を発症。
症状が強いため耳鼻科を受診した。

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

〇〇病院

〇〇県〇〇市〇〇町
1-2-3

伊志野 一郎

6 診療を受けた期間

令和 5 年 2 月 8 日 から 令和 5 年 2 月 8 日 まで

診療
日数

1

日

7 療養に要した費用の額

2,780

円

領収書の金額をご記入ください。

8 診療の内容

診療のうえ、ネブライザーにより薬を吸入。また、薬を処方された。

9 工作中、通勤途中、または第三者行為によるものですか

2 1. はい 2. いいえ

第三者行為とは、自動車事故や不当な暴力など、第三者(他者)による加害行為のことを指します。

10 療養費の支給申請の理由

4

- 1. 入社して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため
- 2. 医療機関でマイナ保険証の読み取り等ができず資格を確認できなかったため
- 3. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため
- 4. 他の保険者(健保、国保等)の資格情報で医療機関を受診してしまい、その保険者に返還した医療費を療養費として申請するため

9. その他

(理由)

3ページに添付書類の見本あり >>>

添付書類

① 領収書(原本)

- 10割負担で病院の会計を行った場合 …… 病院へ支払った領収書
- 7割(8割)負担で病院の会計を行った場合 …… 他健保へ支払った領収書(納付書)

② 診療「報酬」明細書(レセプト)

- 10割負担で病院の会計を行った場合 …… 病院よりレセプトを受け取ってください
- 7割(8割)負担で病院の会計を行った場合 …… 他健保よりレセプトを受け取ってください

※レセプトは、領収書とともに受け取る診療明細書とは別のものです！

診療報酬明細書 令和 5年 2月分 県番: 13 医コ: ××××××××

(医科入院外)

1 医科	1 社保	1 単健	2 本外
------	------	------	------

保険者番号	12345678	給付割合	
記号・番号	12345		

氏名 健保 花子 女 昭 ××年××月××日生

保険区 ○○県○○市○○町1-2-3
 療機関の所在 ○○病院
 地及び名称 ○○科

既往上の事由

傷病名 ① 急性副鼻腔炎
 ② 急性咽頭扁桃炎
 ③ アレルギー性鼻炎

初診	1回	点数	288	公費分点数①		公費分点数②		1101	初診料	288×	1
再診	回							4001	鼻処置	16×	1
再診	回							02	副鼻腔自然口開大処置	25×	1
時間外	回							8001	処方薬料(リフィル以外・その他)	68×	1
休日	回										
深夜	回										

④ 医学管理

現在 症

⑤ 内服薬料	単										
⑥ 注射薬料	単										
⑦ 外用薬料	単										
⑧ 処方	回										
⑨ 麻酔	回										
⑩ 調剤	回										
⑪ 皮下筋内内	回										
⑫ 静脈内	回										
⑬ その他	回										
処置	2回	41									
手術	回										
麻酔	回										
検査・病理	回										
画像診断	回										
その他	1回	68									

請求 397点 支払 397点

一部負担金額

療養の給付

① 点 点 点 点

② 点 点 点 点

レセプトサンプル

レセプトは、このような封筒に入れて渡されます

※開封厳禁

