

健康保険	被保険者 家族	療養費	支給申請書（立替払等）	1	2
				被保険者（申請者）・事業主記入用	

記入例

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	生年月日	年	月	日					
		4	5	6	7	8	☒ 昭和 ☐ 平成	6	2	4	1	0
	氏 名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎										
	住 所	(〒 151 - 0051) 東京 都 道 渋谷区千駄ヶ谷 2-37-9 TEL (日中の連絡先) 03 (3404) 7344										

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の「氏名」、「住所」をご記入ください。
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。
また、「委任状欄」に振込口座をご記入ください。

振込口座記入例

被保険者 (申請者)	令和 年 月 日
氏 名	住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
(〒 -)	令和 年 月 日
代理人 (被保険者・口座名義人)	事業所所在地 事業所名称 氏 名 電話番号
	ケンボ ジロウ 〇〇銀行 〇〇支店 普通 〇〇〇〇〇〇〇〇 ()

※下記確認欄へ☑をお願いします。

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
☒	① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については、誤りがなく申請者本人が確認している。

必ずご確認いただき、確認欄に☑をお願いします。

委 任 状 欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 5 年 7 月 1 日
	氏 名	健保 太郎	住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
	(〒 151 - 0051)		令和 5 年 7 月 2 日
	代理人 (健保口 口座名義人)	事業所所在地 事業所名称 氏 名 電話番号	東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇設計事務所 設計 大助 03 (3404) 9545

受 取 口 座	公金受取口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は☑。利用しない場合は上記委任状欄を記入。)
------------------	--------	--

公金受取口座をご利用される場合は、委任状欄の記入は不要です。

「申請者記入用」は2ページに続きます>>

※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、正しい内容と被保険者の氏名（サイン）をご記入ください。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄

受付印

やむを得ず保険証等を提示できず全額自己負担をしたとき、
他の保険者の保険証等を使用し、医療費の返還を行ったとき
に申請を行ってください。健康保険外の費用のご申請は、支給の対象外です。

●詳細については当組合HPをご参考ください。
トップ>各種手続き>病気やけがをしたとき>医療費の立て替え払い・装具等を購入したとき【療養費】

被保険者氏名 **健保 太郎**

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
	2 傷病名	咽頭喉頭炎				
	4 発病の原因および経過（詳しく）	1. 病気 → のどが痛くなり、高熱が出たため。 2. ケガ → 負傷原因届を合わ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		
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 5 6 1 4 から 5 6 1 4 まで				
	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 から まで				
	7 療養に要した費用	8,280 円				
	8 診療内容	診療のうえ、投薬をうけた。				
	9 療養費の支給申請の理由	1. 療養の給付を受けることができなかった理由				

受診者が複数いる場合は、受診者ごとに申請書を作成する必要があります。

医療機関・調剤薬局ごとに申請書を作成する必要があります。
また、診療を受けた期間が月をまたぐ場合は、月ごとに申請書を作成する必要があります。

例：入社して間もなく、加入手続き中だったため。
緊急でやむを得ず受診し、全額自己負担をしたため。