

健康保険 療養費支給申請書【立替払い等】 記入例

受診者が複数いる場合や、複数月を申請する場合等は、申請書をそれぞれ作成してください。

■申請書作成単位：受診者別、受診月別、医療機関別、医科・歯科別、入院・外来別。（院外処方外来に含む）

必要書類

以下の必要書類を必ず添付してください。

医療費を自費で支払ったとき（立替払い）	●診療報酬明細書の 原本 ・・・医療機関等で交付を受けた診療報酬明細書【傷病名が記載されていない領収・明細書等は不可】 ●領収書の 原本 ・・・診療に要した費用を証明した領収書の原本
他の保険者の保険証を使用したため、医療費の返還を行ったとき	●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。） ※診療報酬明細書の交付がない場合は、市区町村から交付された診療報酬明細書の請求（同意）書を添付してください。 ●領収書の 原本 ・・・医療費を返還した領収書（振込通知書等）の原本
生血液を輸血したとき	●輸血証明書・・・輸血回数が記載されたもの ●領収書の 原本 ・・・輸血にかかる費用や移送にかかった費用の額の内訳が記載されている領収書の原本

●上記必要書類の他、以下に該当する場合は追加で添付してください。

傷病がケガ（負傷）の場合	「健康保険 負傷原因届」※
第三者の行為による傷病の場合	「第三者の行為による傷病届」※
被保険者が亡くなり、家族の方が申請する場合	被保険者と続柄がわかる「戸籍謄本」等

※ホームページから印刷できます。

1ページ

① 被保険者の情報を正確に記入してください。
被保険者が亡くなられての申請の場合は、申請される方の氏名、住所を記入してください。（振込口座も同様です。）

② 家族（被扶養者）が受診した場合は記入してください。

③ 療養を受けた医療機関等に、文書等により当該申請内容について照会する場合があります。
必ず同意欄を記入してください。

④ **・公金受取口座を利用する場合**
✓を記入してください。（口座情報の記入は不要）
※マイナポータル等で事前登録が必要です。
・公金受取口座を利用しない場合
振込を希望する口座を通帳等を確認しながら、正確に記入してください。
ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号（記号・番号（13桁））ではなく、振込専用の店名（漢数字3文字）・預金種別・口座番号をご記入ください。

健康保険 療養費支給申請書【立替払い等】

被保険者証の 記号・番号	1 2 3	3 2 1 0	生年月日	昭和 平成 令和	54 年 12 月 30 日
氏名	健保 太郎				
住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 名古屋市〇〇区〇〇町1-1 △△マンション101 TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇				
受診者が家族(被扶養者)の場合はその方の	氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成 令和	24 年 11 月 15 日 続柄 子
傷病名	急性気管支炎 発病または負傷年月日 令和 3 年 4 月 18 日				
発病の原因および経過	☒ 病気 原因・経過 発熱・せき。診察のうえ、内服薬を処方された。 ☐ ケガ ⇒ ※別紙「負傷原因届」を併せてご提出ください。				
診療を受けた医療機関等の	名称	〇〇〇〇医院	所在地	名古屋市〇〇区〇〇町1-1 〇〇 〇〇	
	名称	△△薬局	所在地	名古屋市〇〇区〇〇町2-1 △△ △△	
診療を受けた期間	令和 3 年 4 月 18 日 ~ 令和 3 年 4 月 18 日	日数	1 日		
上記の期間に入院していた場合	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日数	日 日		
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. 緊急にやむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため ☐ 3. 診って他の保険者の被保険者証を使用したため ☐ 4. 海外で受診したため 渡航期間(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日) 渡航目的・海外滞在の理由 () ☐ 5. その他(理由) ()				
同意欄	保険給付決定に必要な生じた場合、療養を受けた医療機関(海外を含む)等に、健康保険組合が文書等により当該申請内容等について照会すること同意します。 被保険者氏名 健保 太郎				
振込先指定口座	☐ 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✓ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。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。				
	銀行	本店	預金種別	口座番号(左つめてご記入ください)	口座名義(カタカナ)
	〇〇〇〇	〇〇〇〇	1普通 2当座	1 2 3 4 5 6 7	ケンポ タロウ
受取代理人の欄	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 年 月 日			
	代理人(口座名義人)	(〒 -) TEL () 住所 フリガナ 氏名			

・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

〈注〉1.血液に関する申請のときは、【輸血を必要と認めた医師の証明書】及び【血液代金の領収書】(原本)を添付してください。
2.緊急その他やむを得ず診療を受け、自費で支払ったときはその【診療報酬明細書】及び【領収書】(原本)を添付してください。
3.傷病が第三者の行為によるときは「第三者行為による被害届」を添付してください。

愛知県医療健康保険組合 〒460-0011 名古屋市中区大須三丁目30番60号 TEL052-269-3203 【R5.4】

※ 被保険者(申請者)以外の方へ支払を希望される方は、必ず「受取代理人の欄」を記入してください。