

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・・・輸血回数に記載されたもの ●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

被保険者の情報を正確に記入してください。
記号・番号は保険証に記載されています。

③

家族(被扶養者)が受診した場合は記入してください。

④

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 被保険者 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	事業所の名称	医療法人 ○○会		
被保険者氏名	健保 太郎		被保険者生年月日	昭和 54年 12月 30日		
申請者が家族(被扶養者)に関するとき	氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成 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	昭和・平成 令和 3年 4月 18日		
発病の原因及び経過	<input checked="" type="checkbox"/> 病気 {原因・経過 発熱・せき。診察のうえ、内服薬を処方された。 <input type="checkbox"/> ケガ⇒※別紙「負傷原因届」を添付してください。					
診療又は手当を受けた医師の住所・氏名	住所	名古屋市中区○○町1-1	医療機関名称	○○○○医院		
	住所	名古屋市中区○○町2-1	医療機関名称	△△薬局		
診療を受けた期間	平成 令和 3年 4月 18日	左記の期間に入院していた場合	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日		
	平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日		
療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> 4. 海外で受診したため 渡航期間 (平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日) 渡航目的・海外滞在の理由 <input type="checkbox"/> 5. その他 (理由)					
同意欄	保険給付決定に必要なが生じた場合、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に同意します。					
(フリガナ)払戻し希望銀行の口座	被保険者氏名	健保 太郎		口座名義人氏名		
	普通	店番	000	フリガナ	ケンボ タロウ	
	当座	口座番号	1234567	氏名	健保 太郎	
	貯蓄	口座番号	1234567	氏名	健保 太郎	
受領代理人の欄	被保険者	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)	氏名	フリガナ			

※

上記のとおり申請します。
令和 3年 6月 25日

① 被保険者(申請者) 〒○○○-○○○
住所 名古屋市中区○○町1-1 △△マンション101
氏名 健保 太郎
TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

・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.血液代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「第三者行為による傷病届」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 【R3.4.11】

※ 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。