

# 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。（院外処方等は外来に含む）

## ■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 <b>原本</b> ・・・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 <b>原本</b> ・・・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 <b>原本</b> ・・・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 <b>原本</b> ・・・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たの申請の場合は、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 申請内容を記入してください。  
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 被保険者 療養費支給申請書【立替払い等】

被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください															
	1 2 3	3 2 1 0																
氏名	健保 太郎		生年月日	昭和	54	年	12	月	30	日								
住所	(〒 000 - 0000)		TEL	000	(	000	)	0000										
	名古屋市〇〇区〇〇町1-1 △△マンション101																	
申請内容	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	24	年	11	月	15	日	続柄	子					
傷病名	急性気管炎		発病または負傷年月日	令和	7	年	4	月	18	日								
発病の原因および経過	<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」を併せてご提出ください。																	
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															
	〇〇〇〇医院	名古屋市〇〇区〇〇町1-1	〇〇 〇〇															
	△△薬局	名古屋市〇〇区〇〇町2-1																
診療を受けた期間	令和	7	年	4	月	18	日	～	令和	7	年	4	月	18	日	日数	1	日
上記の期間に入院していた場合は、その期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日数								
療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 1. 加入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 <input type="checkbox"/> 2. 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返納した医療費を療養費として申請するため <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 5. その他(理由)																	
同意欄	<input checked="" type="checkbox"/> 保険給付決定に必要が生じた場合、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ご同意します。 被保険者氏名 健保 太郎																	
指定先指定口座	※振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定下さい。 <input type="checkbox"/> 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。公金受取口座が正しく登録されているかご確認ください。																	
	銀行	本店	預金種別	口座番号(左ついでに記入)	口座名義(カタカナ)													
	0000	支店	1普通	1 2 3 4 5 6 7	ケンポ タロウ													

### 【添付書類】

- 医療費を自費(10割負担)で支払った場合
    1. 医療機関等で交付を受けた診療報酬明細書の原本【傷病名が記載されていない領収・明細書は不可】
    2. 領収書の原本
  - 国民健康保険・全国健康保険協会等に返納した医療費を請求する場合
    1. 診療報酬明細書(封筒に入っている場合は開封しないでください)又は診療報酬明細書の交付依頼書
    2. 市区町村・健康保険協会等が発行した領収書(振込通知書等)の原本
  - 生血液を輸血した場合
    1. 輸血証明書(輸血を必要と認めた医師の証明書 ※輸血回数に記載されたもの)
    2. 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もの)
- (注) 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。