

## ----- 記入上の注意 -----

療養費の振込は各事業所の健保口座へ振り込みますので、⑱欄委任状に記入してください。

ただし、すでに退職している場合は⑳欄振込依頼書に被保険者であった者(申請者)の口座を記入してください。

診療を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合等は①から⑮欄はそのように読み替えてください。

## ----- 申請に必要な添付書類 -----

### 1 治療用装具(コルセット等)を装着した場合

- ・ 治療上、装具の装着を必要と認めた医師の意見書
- ・ 装着した装具の内訳
- ・ 支払った代金の領収書

〈※ 全 て 原 本 〉

### 2 治療用眼鏡を作製した場合

対象年齢:9歳未満

- ・ 眼鏡を購入した際の領収証(原本)
- ・ 医師の弱視等治療用眼鏡等作成指示書の写し(検査結果・処方箋の写し)

2回目以降の作製    5歳未満は更新前の治療用眼鏡等の装着期間が1年以上ある場合のみ  
5歳以上は更新前の治療用眼鏡等の装着期間が2年以上ある場合のみ

### 3 国民健康保険(市町村)等へ無資格期間にかかる医療費を返納した場合

- ・ 国民健康保険(市町村)等へ返納した金額の領収書
- ・ 返納の際、市区町村から受け取った書類(診療報酬明細書等)

〈※ 全 て 原 本 〉

### 4 やむを得ず自費(国内)で診療を受けた場合

- ・ 診療を受けた際の領収書
  - ・ 診療報酬明細書(レセプト)
- ※傷病名、診療内容の明細が記載されている「診療報酬明細書(レセプト)」のことです。

診療明細書や領収明細書ではありませんのでご注意ください。

受け取っていない場合は医療機関に請求してください。

〈※ 全 て 原 本 〉

注)健康保険の給付を受ける権利は、療養に要した費用を支払った日の翌日から2年で時効となります。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)  
家 族

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	被保険者の生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	氏名	(フリガナ) -----		事業所の名称
	住所	(〒 - ) (都 道 府 県)		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )				

被保険者が在職している場合	委任状	令和 年 月 日 私は、療養費の受領を事業所の保険給付金受領代理人に委任します。 (〒 - ) TEL ( ) 住所 (フリガナ) ----- 氏名
---------------	-----	--

被保険者が退職している場合の振込先口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 その他 ( )	本店 支店 出張所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. その他	口座番号 <input type="text"/>	左づめでご記入ください。
	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(°)は1字としてご記入ください。) <input type="text"/>		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

- ・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

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

(3.4)  
受付日付印

# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

※ 他の健康保険証を使用した場合、他の健康保険組合より返還請求があり、その額を返納した場合は、返納した領収証(原本)と傷病名が記載された診療報酬明細書(レセプト)を添付し、必ず一月単位で申請してください。

※ 国内で緊急やむを得ず自費診療を行った場合、医療機関で発行された、領収証(原本)と傷病名が記載された診療報酬明細書(レセプト)を必ず添付し、必ず一月単位で申請してください。

1 受診者	<input type="checkbox"/> 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・平・令 年 月 日
2 傷病名	3 発病または負傷年月日 平・令 年 月 日		
4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過)		
	<input type="checkbox"/> 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。		
5 診療を受けた医療機関等の	医療機関名	所在地	診療した医師等の氏名
	調剤薬局名	所在地	
6 診療を受けた期間	(平・令) 年 月 日	から	年 月 日 まで 日数 日
6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(平・令) 年 月 日	から	年 月 日 まで 日数 日
7 療養に要した費用の額	円		
8 診療の内容			
9 療養費の支給申請の理由	<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 type="checkbox"/> 2. 緊急やむを得ず受診し、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"/> 9. その他 (理由)		