

療養費支給申請書記入例(立替払等の場合)

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (立替払等、治療用装具、生血)

◎記入方法および添付書類等については、裏面の「記入上のご注意」を確認してください。

① 被保険者証の記号と番号	記号 ○○○○ 番号 ○○○	② 被保険者(申請者)の氏名・生年月日	A 健保 太郎 昭和 平成 50 年 8 月 8 日		③ 健保印
④ 被保険者(申請者)の住所	(〒 169 - 8516) 東京都新宿区百人町○○-○-○		TEL 090 (○○○○) ○○○○ ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。		
⑤ 事業所の名称	株式会社△△△		TEL 03 (○○○○) ○○○○		
⑥ 受診者が家族(被扶養者)の場合	氏名 B 健保 花子	生年月日	昭和 平成 15 年 1 月 25 日	被保険者との続柄	長女
⑦ 傷病名	急性上気道炎		⑧ 第三者行為によるものですか	C いいえ はい	
⑨ 発病または負傷の原及びその経過	いつ	どこで	何をしていた		
	平成 29 年 1 月 22 日	家族旅行先のホテルで	急に熱が出てしまった		
⑩ 診療を受けた医療機関等	名称	□□病院	診療を担当した医師氏名	○○○○○	
	所在地	東京都渋谷区○○1-2-3			
⑪ 立替払いの場合	診療の期間(支給期間)	E 2 9 0 1 1 2 日	診療区分	入院の場合、その入院期間	
	至	2 9 0 1 3 0 日	入院 外来	自) 平成 年 月 日	日間
⑫ 治療用装具の場合	装着日	F 年 月 日	入院・外来	自) 平成 年 月 日	日間
⑬ 診療の内容	⑭ 診療に要した費用の額		H 6,200 円		
⑭ 療養の給付を受けることができなかった理由	G 1. 保険証を持っていなかったため (理由: 旅行先で保険証を持参していなかったため) 2. 誤って前の保険証を使用したため 3. 治療用装具を作成したため		平成 年 月 日提出 受付日付印 (健康保険組合使用欄)		

- A 被保険者名をご記入ください。
※受診者が被扶養者(家族)であっても、申請者は被保険者となります。
※被保険者が死亡の場合は、相続人の方が申請者となります。
- B 受診者が被扶養者(家族)の場合はご記入ください。(受診者が被保険者の場合は記入不要)
- C 「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」が必要となります。
申請前に求償課までご連絡ください。
- D 日付について
・けが 「負傷日」
・けが以外 「発病日または療養開始日」
- E 立替払いの場合にご記入ください。
- F 立替払いの場合は記入不要です。
- G 理由が「1.」の場合は、保険証を提示できなかった理由を詳しくご記入ください。
【例】「保険証を受け取らなかった」等
- H ⑭の理由が
・「1.」の場合 ⇒医療機関等の窓口で支払った金額
・「2.」の場合 ⇒前の保険者に返還した金額
- I ②被保険者の口座以外に振り込みを希望する場合は、委任状の記入・押印(③印と同一印)が必要です。
(被保険者口座を希望する場合は記入不要)

⑮ 振込希望口座	銀行・信組 金庫・農協	支店 出張所	
(金融機関コード)	0 1 2 3	(店番号)	0 1 2
預金種別	口座番号	フリガナ	ケンボ タロウ
<input checked="" type="checkbox"/> 普通	4 5 6 7 1 2 3	口座名義	健保 太郎
<input type="checkbox"/> 当座			

◎給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状へ記入・押印してください。

I ① 以下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※□にチェックを入れて下さい。

事業主の選定した保険給付金受領代理人
 その他の受領代理人

② 委任状

被保険者 住所
(申請者) 氏名 ③印と同一印

受取代理人情報
代理人住所 (〒 -) TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
フリガナ 氏名

社会保険労務士の提出代行者の印

(備考)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。(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。)

関東ITソフトウェア健康保険組合 (平成29.1改)

※添付書類については、申請書「記入上のご注意」、もしくはホームページにてご確認ください。

◇問い合わせ先◇
関東ITソフトウェア健康保険組合 給付課 03-5925-5303