

# 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、治療用器具、生血） 家族

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

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 記号・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 ③ 昭和 平成 50年 8月 8日		
	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 診療を受けた 医療機関等	名称 □□病院	療養を担当した 医師氏名	○○○○
				所在地	広島県○○市○○○1-2-3	
	⑨ 仕事 または業 によるものか	C <input checked="" type="checkbox"/> いえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 裏面4をご確認ください				
	⑩ 発病 または負 傷及びその経過	いつ D 平成 令和 6年 2月 1日	(どこで)	家族旅行先のホテルで 急に熱がでてしまって		
	⑪ 立替 払い の場合	診療の期間 (支給期間)	E 年 6 月 2 日 1 日	日数	2 日	診療区分
	⑫ 治療用 器具の 場合	装着 F 年 月 日	入院・外来	自) 令和 年 月 日	至) 令和 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 付がな かった理由	G 1. 保険証等を持っていなかったため (理由: 旅行先で保険証等を持参していなかったため) 2. 誤って前の保険証等を使用したため 3. 治療用器具を作成したため					
⑮ 振込 希望 口座	I 振込希望口座 銀行・信組 支店 預金種別 口座番号 口座名義 (カタカナで記入してください) 金庫・農協 出張所 □普通 □当座 [金融機関コード] [店番号]					
⑯ 委任 状	J 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してください。 私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※ <input checked="" type="checkbox"/> にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 事業主の選定した保険給付金受領代理人(⑮の記入は不要です) <input type="checkbox"/> その他の受取代理人 被保険者 住所 代理人 住所 (〒 - ) TEL ( ) (申請者) 氏名 氏名 プリガナ 受取代理人 氏名					
⑰ 備考	<問合せ・送付先> 給付課 TEL 03-5925-5303 求償課 TEL 03-5925-5326 〒169-8516 新宿区百人町2-27-6 関東ITソフトウェア健康保険組合 受付日付印 (健康保険組合使用欄) 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。)					
⑱ 社会保険 労務士の 提出代行者 名記載欄	(令和6年12月改)					

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 「いいえ」もしくは「はい」にチェック  
してください。「はい」の場合には  
申請書裏面にある「記入上のご  
注意」4をご確認ください。

D 日付について  
けがの場合は「負傷日」、けが以  
外の場合は「発病日または療養  
開始日」

E F 立替払いの場合はご記入ください。

G 理由が「1」の場合は、保険証等  
を提示できなかった理由を詳しく  
ご記入ください。  
【例】「旅行先で保険証等を持参し  
ていなかったため」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 公金口座を利用する場合は、  
「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。」  
にチェックをつけてください。  
・公金口座を利用しない場合は、  
口座情報を記入してください。

J ②の被保険者以外の口座に振り  
込みを希望する場合は、委任状  
欄の記入が必要です。  
(被保険者の口座を希望する場  
合は記入不要)

※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