

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 家 族 (立替払等、治療用器具、生血)

◎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 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		
	④ 被保険者 (申請者) の住所	(〒 169 - 8516) 東京都新宿区百人町○○-○○		TEL 090 (○○○○) ○○○○ <small>※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。</small>		
	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 〇〇病院	療養を担当した 医師氏名	〇〇 〇〇
			所在地	広島県〇〇市〇〇〇1-2-3		
	⑨ 仕事中心 または 業によるもの	C <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 裏面4をご確認ください				
	⑩ 発病 の 日	いつ 平成 3年 2月 1日	どこで 家族旅行先のホテルで	(何をしていた) 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 3 月 2 日 日数 2	診療区分	入院の場合、その入院期間
	⑫ 治療用 器具 の 場 合	装着日 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 ら な か つ 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. 治療用器具を作成したため					
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						
⑰ 委任 状	I 私(申請者)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 type="checkbox"/> にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 事業主の選定した保険給付金受領代理人 (◎の記入は不要です) <input type="checkbox"/> その他の受領代理人					
被保険者 (申請者)	住所	氏名				
受取代理人 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。				
代理人 氏名	フリガナ					
社会保険 労務士の 提出代行 者の印	関東ITソフトウェア健康保険組合 (令和3年6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「発病日」、けが以
外の場合は「発病日または療養
開始日」

E 立替払いの場合はご記入くださ
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】「保険証を受け取る前だ
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