

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。

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 令和 15年 1月 25日 被保険者 との続柄 長女	
⑦ 傷病名 (症状) 急性上気道炎 ⑧ 診療を受けた 医療機関等 名称 □□病院 所在地 広島県○○市○○○1-2-3 療養を担当した 医師氏名 ○○ ○○○	
⑨ 仕事上 または業 によるもの か <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) 平成 令和 6年 2月 1日 (どこで) 家族旅行先のホテルで (何をしていたらどうか) 急に熱がでてしまっ	
⑪ 立替払い の場合 診療の期間 (支給期間) (E) 年 6 月 2 日 日数 2 入院 外来 (D) 自) 令和 年 月 日 至) 令和 年 月 日 日間	
⑫ 治療用器具 の場合 装着 (F) 和 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. 資格確認書を持っていなかったため (理由: 旅行先で資格確認書を持参してなかったため) 2. 誤って前の資格確認書を使用したため 3. 治療用器具を作成したため	

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】「旅行先で資格確認書を持参してなかったため」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)

① 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してください)
注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。
注) 公金利用に□があり、かつ下記の欄に口座の記載がある場合は、記載の口座へ振込みを行います。

銀行・信組 金庫・農協	支店 出張所	預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	口座名義 (カタカナで記入してください)
(金融機関コード □□□□)	(店番号 □□□□)			

※ローマ字登録の方はローマ字で記入してください。

② 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。
※□にチェックを入れてください。
 事業主の選定した保険給付金受領代理人(⑩の記入は不要です)
 その他の受取代理人

被保険者 (申請者) 住所 氏名	受取代理人 住所 氏名	代理人 住所 氏名
		〒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

〔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)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(令和7年12月改)

※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