

療養費支給申請書（立替払等） 記入例

東京電子機械工業 健康保険組合 | 医療課一係 03-3843-1456

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。
- 家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。
（住所、振込先口座も同様です。）
- マイナンバーとともに国に登録している公金受取口座を振込先にする場合は を付けてください。
（被扶養者でない方や受取代理人は、公金受取口座を振込先に指定できません。）
注：マイナポータル等で口座情報を登録・変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。
- 口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
なお、代理人（口座名義人）が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票など）の添付が必要となります。
- 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。
詳しくは、当組合（03-3843-1457）にお問い合わせください。
- 受診者が家族（被扶養者）の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。
- 医療機関名等をご記入ください。なお、薬剤に係る申請は、その薬局の名称等をご記入ください。
医師氏名、薬剤師氏名が不明の場合は空欄としてください。
- ①の被保険者証の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

注：ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
（二重線には、どなたが訂正したかわかる訂正印（又はサイン）が必要となります。）

添付書類

医療機関等の窓口で診療に要した費用の全額を自己負担している場合	<ol style="list-style-type: none"> 診療報酬明細書（レセプト） 医療機関（又は調剤薬局）にて交付を受けてください。 領収書（領収明細書）の原本 診療に要した費用を証明した領収書
当組合の資格はあるが、以前加入していた保険証で医療機関等を受診し、前保険者へ診療に要した費用を返還した場合	<ol style="list-style-type: none"> 診療報酬明細書（レセプト） 前保険者より交付を受けてください。 領収書の原本 返還請求された金額を支払ったことを証明する領収書

注：この申請書を事業所（事業主）経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に を付けてください。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) 家族

被保険者情報	①被保険者証 記号 987 番号 654321	②事業所名称 (株)〇〇〇〇
	③氏名 ケンボ タロウ (フリガナ) ケンボ タロウ (押印不要) 健保 太郎	④生年月日 昭和 〇〇年 〇月 〇日
	⑤住所 〒 110-0000 東京都墨田区〇〇 1-2-3 □□マンション×××号	⑥電話番号 (日中の連絡先) 090 (1234) 〇〇〇〇
	⑦提出委任 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)	

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	⑧金融機関名称 〇〇〇〇 (銀行・金庫・信託 農協・その他) △△△△ (支店・本店・出張所 その他)	⑨預金種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他()	コード番号 1234
	⑩口座番号 1234567	⑪口座名義 (カタカナで記入) ケンボ タロウ	⑫口座名義区分 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人
⑬公金受取口座 <input type="checkbox"/> 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、上記の口座情報の記入は不要です。)			

委任状	⑭被保険者(申請者) 氏名 健保 太郎	令和 年 月 日
	⑮代理人(口座名義人) 住所 〇〇〇〇 氏名 〇〇〇〇	被保険者との関係 ()

申請内容	⑯受診者 (どちらかに/) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	⑰第三者行為によるものですか ※ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	⑱家族の場合はその方 氏名 健保 花子 生年月日 昭和 〇〇年 〇月 〇日 続柄 (長女)	
	⑲傷病名 捻挫	⑳発病又は負傷年月日 (療養開始日) 平成 〇〇年 8月 2日
	㉑発病の原因および経過 2 1. 病気 休日に自宅で転倒 (原因および経過) 2. ケガ →別紙、負傷原因届を併せてご提出ください。	
㉒診療を受けた病院等	名称 〇〇整形外科医院 所在地 東京都台東区△△ X-X	㉓診療した医師の氏名 〇〇〇〇
㉔診療期間 (支給期間)	平成 〇〇年 8月 2日 から 平成 〇〇年 8月 7日 まで (日数 2 日)	
㉕療養に要した費用 X,XXX 円	㉖診療の内容 検査を受け湿布を処方された	
㉗療養の給付を受けることができなかった理由 9	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 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 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 9. その他 (理由) 扶養加入手続き中で保険証が届いていなかったため	

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、健康保険組合にご連絡(03-3843-1457)ください。

受付日付印

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

⑧ マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄