

療養費支給申請書（立替払等） 記入例

関東めつき 健康保険組合 | 業務課 03-3813-5916

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- 1 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。(0613から始まる番号ではありません。)
- 2 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、事前に当組合までお問い合わせください。
- 3 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。
被保険者（申請者）、代理人（口座名義人）はそれぞれ本人が記入してください。
なお、代理人（口座名義人）が勤務先または被扶養者でないときは、被保険者との関係がわかる書類（戸籍謄本、住民票など）の添付が必要となります。
- 4 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。
- 5 「はい」に該当するときは、別途、提出書類が必要な場合があります。
詳しくは、当組合にお問い合わせください。
- 6 傷病が負傷（ケガ）によるもの場合は、「ケガによる」にチェックをしたうえで、どこで何をしているときに、どのようにしてケガをしたのか、できるだけ詳しく記入してください。負傷原因によっては、負傷原因届の提出をお願いすることがあります。
- 7 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。
不明の場合は空欄として問題ありません。
- 8 療養費（立替）申請は、「受診者ごと」「月ごと」「入院外来ごと」に申請を分けていただく必要があります。たとえば、被保険者本人の7月外来分の医療費、被扶養者である妻の8月外来分の医療費、被扶養者である長男の7月外来分医療費と7月入院分医療費の申請をする場合は、①本人7月外来分、②妻8月外来分、③長男7月外来分、④長男7月入院分と申請書を4枚作成いただく必要があります。

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	① 診療内容を記載した証明書の原本 診療明細書（患者名、傷病名、診療内容の記載があるもの） ② 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	① 診療報酬明細書（前保険者より交付を受けてください。） ② 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・治療用装具	
2 被保険者情報	被保険者証 記号 987 番号 654 生年月日 昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日		
	氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎		
	住 所 〒 110 - 0000 東京 都・道 府・県 墨田区〇〇1-2-3 □□マンション×××号 電話番号 (日中の連絡先) 090 (××××) ××××		
	事業所名称 (株)◇◇◇◇ 提出委任 ☐ 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✓)		
【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。			
3 振込先	金融機関名称 〇〇〇〇 銀行 支店・出張所 〇〇〇〇 預金種別 普通 当座・その他()		
	支店名 △△△△ 支店 本店・出張所 〇〇〇〇 口座番号 1 2 3 4 5 6 7		
	口座名義 (カタカナで記入) ケンボ タロウ 口座名義区分 被保険者・申請者・代理人		
委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。 被保険者と代理人はそれぞれ本人が記入してください。	被保険者(申請者) 氏名 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	代理人(口座名義人) 住所 氏名 被保険者との関係()		
4 内容	受診者(どちらかに✓) ☐ 被保険者 ☒ 家族(被扶養者) 仕事中、通勤途中、第三者行為のいずれかによるものですか ※ はい ☐ いいえ ☒		
	家族の場合はその方の 氏名 健保 翔太 生年月日 昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日 続柄() 長男		
	傷病名 右足首捻挫 発病又は負傷の年月日 令和 3 年 4 月 5 日		
	傷病はケガ(負傷)によるものですか(どちらかに✓) ☒ ケガによる ※必ず右に負傷原因を記入して下さい。 ケガによる場合その原因(できるだけ詳しく記入してください) 自宅の玄関で 遊びに出かけようとした際に 段差につまずいてひねってしまった		
	☐ ケガ以外		
	現在の経過 (いずれかに✓) ☒ 治癒した(治った) ☐ 治療継続中 ☐ その他()		
	診療を受けた病院等 名称 〇〇整形外科医院 所在地 東京都墨田区〇〇2-4-6		
	診療期間(支給期間) 令和 3 年 4 月 7 日から 令和 3 年 4 月 14 日まで (日数 2 日)		
	上記期間に入院していた場合はその期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日数 日)		
	療養に要した費用 ×,××× 円 診療の内容 検査を受け、湿布を処方された		
療養の給付を受けることができなかった理由(いずれかに✓) ☐ 治療用装具を作成した為 ☒ めっき健保以外の保険証でかかった為 ☐ 保険証を提示せずにかかった為 ☐ その他()			
※別途、添付書類が必要となります。記入例を必ずご覧ください。			
※ケガによる場合、原因によっては別途「負傷原因届」のご提出をお願いすることがあります。			
※仕事中、通勤途中、第三者行為のいずれかに該当する場合は、事前に健保組合までお問い合わせください。			
※申請書は、受診者ごと、月ごと、入院外来別でそれぞれ分けて作成していただく必要があります。			
8	社会保険労務士の提出代行者名記載欄 関東めつき 健康保険組合 (R3.4)	受付日付印	