

# 療養費支給申請書（立替払等） 記入例

健康保険 被保険者 家族		療養費 支給申請書		立替払・治療用装具	
1	被保険者証	記号 987	番号 654321	生年月日	昭和平成・令和 ××年×月×日
2	氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 <b>3</b> 印			
	住所	〒100-0000 東京都渋谷区〇〇 ×-× △△マンション×××号 電話番号 (日中の連絡先) 090 (××××) ××××			
	事業所名称	株式会社 〇〇〇〇			
【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、住所などを記入ください。					
3	金融機関名称	〇〇〇〇	銀行・信金・信組 農協・農協・信連・信済連	金融機関 支店コード	× × × × - × × ×
	口座名義 (カタカナで記入)	△△△△	支店・支所 支所・支所	種別と口座番号	普通 〇〇〇 × × × × × × × ×
4	口座名義が代理人の場合にご記入ください。代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	被保険者 (申請者)	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。 氏名・印	令和 年 月 日	
	代理人 (口座名義人)	住所 氏名・印			被保険者との関係 ( )
5	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)	第三者行為によるものですか	※ はい、いいえ
	6	家族の場合はその方の	氏名 健保 花子	生年月日 昭和(平成)令和 ××年×月×日	続柄(長女)
7	傷病名	捻挫	発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平成 元年 5 月 2 日	午前 午後 9 時頃
	発病又は負傷の原因及び状況 (けがの場合は、どこでどのように負傷されたか)	時間帯: 勤務時間中・勤務日の休憩中・出張中・私用中・出勤途中・退勤途中・その他( ) 場所: 会社内・路上・駅構内(自宅)学校・その他( ) 原因: 交通事故・ケンカ・スポーツ中・職場行事(その他) 自分の不注意 状況: 真狩前・真狩中 自宅内の段差につまづいて捻挫してしまい負傷。			
	診療を受けた病院等	名称 〇〇整形外科医院 所在地 東京都新宿区△△ ×-×	診療した医師の氏名	〇〇 〇〇	
	診療期間(支給期間)	平成 令和 元年 5 月 2 日 から 平成 令和 元年 5 月 7 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	平成 令和 年 月 日 から 平成 令和 年 月 日まで (日数 日)	
	装具装着日	平成 令和 年 月 日 装着	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	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、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。  
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。) 受付日付印

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  
提出代行名記載欄 **印**

東京都農林漁業団体 健康保険組合 (保元.5)

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た場合は、申請者(相続人)の氏名、住所、振込先口座をご記入ください。  
申請者(相続人)の氏名は被保険者名の横に( )でご記入ください。  
その際、被保険者と申請者(相続人)の続柄など身分関係を確認できる書類(戸籍謄本原本)を添付してください。
- 被保険者(申請者)本人の自署の場合は、押印を省略できます。  
ただし、給付金の受取りを代理人に委任するときは、必ず押印してください。
- 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)の印もれにご注意ください。  
また、代理人(口座名義人)の印は、被保険者(申請者)の印とは別のものをご使用ください。  
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(戸籍謄本等)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(右上の電話番号)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。

## 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 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