

# 記入例

申請者) 記入用

1

2

## 健康保険被保険者(家族)療養費支給申請書(立替払等)

被保険者(職員)分か、  
家族分のどちらかに○をつけて  
ください

被 保 険 者 ( 申 請 者 ) 情 報	被保険者の (右づめ)	記号 9 9 9	番号 9 9 9 9	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 * * 1 1 1 1
	氏名 (フリガナ)	ケンポ タロウ 健保 太郎		
	住所 (〒 422 - * * * * )	静岡 <sup>都</sup> 府 <sup>道</sup> 静岡市葵区〇〇〇〇		
	電話番号 (日中の連絡先) TEL 090 (* * * * * * * * )	日中連絡のとれる連絡先を 記入してください		
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)				

記号・番号は  
①マイナポータル、②資格情報のお  
知らせ、③資格確認書(健康保険証)  
のいずれかでご確認ください。

事業所を経由して書類の申請を  
行う場合、必ずチェックを入れて  
ください

- 【申請に必要な書類】
- ①療養費支給申請書
  - ②診療報酬明細書
  - ③領収書(原本)

医療機関の窓口で通常発行される「医療費明細」とは  
異なります。  
医療機関の窓口で「診療報酬明細書(レセプト)」の交  
付を依頼してください。

- 注意事項1 診療報酬明細書をお持ちでない方は業務課(☎054-282-1416)までお問い合わせください。  
2 各医療機関ごとに申請書を分けて請求してください。例えば、外来と薬局を受診した場合は申請書を2枚に分けて請求してください。  
3 各月ごとに請求をしてください。例えば、月をまたいで受診した場合、申請書は各月ごと2枚に分けて請求してください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

- ・被保険者の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、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

被保険者のマイナンバー記載欄

\_\_\_\_\_

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1 2 被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名 健保 太郎

被保険者(職員)分か、  
家族分のどちらかに○をつけて  
ください

申請内容	1 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名 健保 二郎	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 * * 年 1 月 23 日
	2 傷病名	発熱	3 発病または 負傷年月日 R * * 年 5 月 15 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	1. 病気 (病気・ケガの原因および経過) 夜中に熱がでて、急遽病院を受診した 2. ケガ	
	5 診療を受けた医療機関等の	名称 ○○病院	所在地 静岡市葵区××× 診療した医師等の氏名 石野 四迷
	6 診療を受けた期間	(R) 年 月 日 * * 0 5 1 5 から * * 0 5 1 5 まで	日数 1 日
	6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	(R) 年 月 日 から (R) 年 月 日 まで	日数 0 日
	7 療養に要した費用の額	6,000 円	
	8 診療の内容	検査、薬の処方	
9 療養費の支給申請の理由	2 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)		

自費で診療を受けた期間を記入  
してください