

健康保険

被保険者  
被扶養者

療養費支給申請書（立替払等）

該当する□に✓を記入してください。

|                                 |                                     |                                                                                                                                                                                                             |  |             |      |                                                                                           |                                                            |   |   |   |   |   |  |  |  |
|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | ①<br>被 保 険 者 証<br>記 号 - 番 号         | —                                                                                                                                                                                                           |  | ②<br>被保険者氏名 |      |                                                                                           |                                                            |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                 | ③<br>被 保 険 者 住 所                    | 〒 —                                                                                                                                                                                                         |  |             | 電話   | ( )                                                                                       |                                                            |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                 | ④<br>受 診 者                          | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者                                                                                                                                                 |  |             |      |                                                                                           |                                                            |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                 | ⑤<br>被扶養者の場合<br>はその方の               | 氏名                                                                                                                                                                                                          |  |             | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 |                                                            |   | 年 | 月 | 日 |   |  |  |  |
|                                 | ⑥<br>傷 病 名                          |                                                                                                                                                                                                             |  |             |      | ⑦<br>発 病 又 は<br>負傷年月日                                                                     | <input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 |   |   | 年 | 月 | 日 |  |  |  |
|                                 | ⑧<br>発病又は負傷の<br>原因および経過             | ※詳しく記入してください（いつ・どこで・どのように）                                                                                                                                                                                  |  |             |      |                                                                                           |                                                            |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                 | ⑨負傷時の状況                             | <input type="checkbox"/> 仕事中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 仕事以外の私用時                                                                                   |  |             |      |                                                                                           |                                                            |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                 | ⑩第三者の行為によるものですか                     | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                    |  |             |      |                                                                                           |                                                            |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                 | ⑪<br>診療を受けた<br>医療機関等の               | 名 称<br>所 在 地<br>診療した医師等の氏名                                                                                                                                                                                  |  |             |      |                                                                                           |                                                            |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                 | ⑫<br>診療を受けた<br>期 間                  | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで                                                                                                                                                                                    |  |             |      | 日間                                                                                        | ⑬<br>療養に要した<br>費用の額                                        | 円 |   |   |   |   |  |  |  |
|                                 | ⑭<br>診 療 の 内 容                      |                                                                                                                                                                                                             |  |             |      |                                                                                           |                                                            |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                 | ⑮<br>申 請 の 理 由                      | <input type="checkbox"/> 当組合加入後、被保険者証が手元に届いていなかったため<br><input type="checkbox"/> 緊急時(外出時や帰省時等含む)に受診し、被保険者証を持っていなかったため<br><input type="checkbox"/> 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため<br><input type="checkbox"/> その他 (理由) |  |             |      |                                                                                           |                                                            |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                                 | ⑯被保険者のマイナンバー（①欄の記号番号を記入した場合は不要です）   |                                                                                                                                                                                                             |  |             |      |                                                                                           |                                                            |   |   |   |   |   |  |  |  |
| ⑰<br>受領委任欄                      | 本申請に基づく給付金に関する受領を に委任します。<br>被保険者氏名 |                                                                                                                                                                                                             |  |             |      |                                                                                           |                                                            |   |   |   |   |   |  |  |  |

※被保険者が押印されない場合は、□に✓を記入してください。

|             |                          |                                   |
|-------------|--------------------------|-----------------------------------|
| 確<br>認<br>欄 | <input type="checkbox"/> | 被保険者本人が記入したものである。                 |
|             | <input type="checkbox"/> | 事業所が記入し、記入内容に誤りがないか被保険者本人が確認している。 |

受付日付印

令和 年 月 日提出 【添付書類について裏面をご確認ください】

### 【注意事項】

申請書は受診者別、各月別（各月 1 日～月末まで）、医療機関別で作成してください。

### 【添付書類】

申請書をご提出の際、次の添付書類が必要となります。  
（⑮欄の理由により添付書類が異なりますのでご注意ください）

| 申 請 の 理 由                                    | 添 付 書 類                                                                                          |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当組合に加入後、保険証が手元に届いておらず、保険証を持たずに医療機関等に受診したとき   | ・ 診療内容明細書<br><br>別紙『領収(診療・調剤)明細書』に医療機関等で証明を受けたものか、医療機関等の所定用紙に内容を記載してもらったもののいずれか<br><br>・ 領収書〈原本〉 |
| 緊急時(外出時や帰省時等を含む)、保険証を持たずに医療機関等にかかったとき        |                                                                                                  |
| 当組合に加入後、以前加入していた保険者の保険証を使用し、医療費を返還請求され支払ったとき | ・ 診療報酬明細書（レセプト）<br><br>・ 領収書〈原本〉※保険者へ支払った領収書                                                     |