1枚目
(2枚1組)

健康保険　被保険者 / 家　族

療養費支給申請書（立替払）

記入例

被保険者

【添付書類】以下、**原本**を提出ください

加入手続き中または資格確認書不携帯による受診時の医療費を申請する場合	・領収書 ・医療機関発行の診療（調剤）明細書
他の健保組合等に返還した医療費を申請する場合	・他健保組合等発行の領収書（納入告知書兼領収書） ・他健保組合等発行の診療（調剤）報酬明細書〈レセプト〉 （封書の場合は開封せずにご提出ください）
生血液を輸血した際の費用を申請する場合	・輸血証明書（輸血回数が記載されたもの） ・領収書（血液にかかる費用額や移送にかかった費用額の内訳が記載されているもの）
臍帯血を搬送した際の費用を申請する場合	・領収書（搬送に要した費用を証明した領収書） ・医師または歯科医師の意見書 （傷病名、搬送理由、搬送元・区間（詳細な経路）・期間・回数の記載があるもの）

資格情報のお知らせ、資格確認書等に記載されています。

被保険者（申請者）情報

被保険者等記号・番号	記号 123　番号 456	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。	
従業員番号	123456	メールアドレス	○○○○@×××.co.jp
氏名	(フリガナ) ケンポ　タロウ 健保　太郎	生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成 60 年 1 月 15 日 ☐ 令和
住所	(〒 123 ― 4567) 東京都○○区□□1-2-3		
電話番号（日中の連絡先）	×××-×××-××××		

☑ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

事業所経由で提出する場合、チェックを入れてください。

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用される方はチェックを入れてください。

振込先指定口座（※）

☐ 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☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）
注）口座情報の反映には登録から数日を要します。

金融機関名称	○○	☑ 銀行 ☐ 農協 ☐ 信金 ☐ その他 ☐ 信組 ( )	△△ ☐ 本店 ☑ 支店 ☐ 出張所
預金種別	普通	口座番号（左づめ）	1 2 3 4 5 6 7
口座名義（カタカナ）	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。 濁点(゛)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 ケ ン ホ ゜ タ ロ ウ	口座名義の区分	☑ 1.申請者 ☐ 2.代理人

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。　年　月　日 署名	
代理人（口座名義人）	(〒 住所 (フリガナ) 氏名	☐ 住所「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ 委任者と代理人との関係

口座名義が申請者本人であれば記入不要

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

2枚目
(2枚1組)

健康保険　被保険者 / 家　族

療養費支給申請書（立替払）

必ず2枚1組で提出してください

被保険者（申請者）記入用

申請内容

1.受診者	☐ 1.被保険者 ☑ 2.家族（被扶養者）			受診された方の氏名、生年月日をご記入ください。
1-① 家族の場合その方の	氏名	(フリガナ) ケンポ　イチロウ 健保　一郎	生年月日	☐ 昭和 ☑ 平成 20 年 7 月 1 日 ☐ 令和
2.傷病名	医師から診断された傷病名を記入してください。	急性胃腸炎	3.発病または負傷年月日	2026 年 5 月 1 日
4.発病の原因および経過（詳しく）	☑ 1.病 気　(原因および経過)：薬を飲み症状は落ち着いた ☐ 2.ケ ガ ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください			発症に至る原因および経過をできるだけ詳しくご記入ください。

5.診療を受けた医療機関等の（※）	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	○○病院	○○区□□1-2-3	○○　○○

6.診療を受けた期間	2026 年 5 月 1 日 から 2026 年 5 月 1 日 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	年 月 日 から 年 月 日 まで 入院の場合のみ期間をご記入ください。	日数	日
7.療養に要した費用の額	3,320 円		
8.診療の内容	点滴をし、薬を処方された 病院でどのような検査や治療を受けたかご記入ください。		

9.療養費の支給申請の理由

- ☐ 1.加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため
- ☑ 2.資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため
- ☐ 3.他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため
- ☐ 4.その他　(理由)　詳細にご記入ください。