

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) 記入の手引き

医療機関窓口で医療費の全額を支払い、払い戻しを受ける場合等にご使用ください。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ

2/2ページ

申請書は、家族(被扶養者)の療養費支給申請であっても、被保険者ご自身がご記入ください。

被保険者が亡くなっている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

添付書類(※1)をご用意ください。(コピーと指定していないものは原本が必要です。)

■ 医療費を自費で支払ったとき (立替払)(※2)	● 診療内容を記載した証明書 診療明細書 ● 領収書(領収明細書) 診療に要した費用を証明した領収書
■ 国民健康保険など他の保険者の被保険者証を使用したため、医療費の返還を行ったとき	● 診療報酬明細書 医療費を返還した保険者(国民健康保険等)から交付を受けた診療報酬明細書(封かんされているときは開封しないで封筒ごと添付してください。) ● 領収書 医療費を返還した保険者(国民健康保険等)から交付された領収書
■ 限度額適用・標準負担額減額認定証を提示しなかったことにより、入院時の食事の標準負担額を減額されない金額で支払ったとき	● 領収書 食事療養について支払った費用を証明した領収書 ● (非)課税証明書 食事療養を受けた期間により、提出する(非)課税証明書の年度が異なります。 ・令和4年8月診療分～令和5年7月診療分:令和4年度(令和3年中の収入)の(非)課税証明書 ・令和5年8月診療分～令和6年7月診療分:令和5年度(令和4年中の収入)の(非)課税証明書
■ 生血液を輸血したとき	● 輸血証明書 輸血回数記載されたもの ● 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領収書
■ 臍帯血を搬送したとき	● 領収書 搬送に要した費用を証明した領収書 ● 以下の事項を記載した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
■ 自己負担額が2割負担の70歳以上の方が、やむを得ない理由で3割負担で医療費を支払ったとき	● 領収書 診療に要した費用を証明した領収書
▼上記の添付書類の他、以下のケースに該当する場合、追加で添付書類が必要です。	
■ 請求する傷病の原因が工作中(業務上)または通勤途中によるものであって、労働(通勤)災害の給付を請求中の場合	● 労働基準監督署への照会に関する同意書(※4)(※5)
■ 傷病の原因が第三者の行為(交通事故やけんか等)によるものである場合	● 第三者行為による傷病届(※5)
■ 被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合	● 被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

※1) 給付金の支給決定後は、ご提出いただいた書類の返却はできません。

※2) 海外で治療したときは、本申請書とは別の申請書(海外療養費支給申請書)にてご申請ください。

※4) 労働災害について、労災保険の給付の決定に時間を要するため、先に健康保険の給付決定をした場合、労災保険の給付決定後、支給された当該健康保険の給付については、返納していただくことになります。

※5) 日清食品グループ健康保険組合のホームページから印刷できます。

次ページに記入例があります。➡

療養費 支給申請書(立替払等)

- ・申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。
- ・生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスを0で埋めてください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、正しい内容をご記入ください。
- 記入見本

012

記入見本	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ア	イ	ウ
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1 記号・番号は

- ・保険証(R6.12.1以前発行)
- ・資格確認書
- ・資格情報のお知らせ
- ・マイナポータル

のいずれからご確認ください。

被保険者の生年月日をご記入
ください。

家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名をご記入ください。

被保険者の氏名（カタカナ）もご記入ください。なお、被保険者の氏名（カタカナ）は、振込手続き時に使用します。

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、申請される方の氏名と氏名（カタカナ）をご記入ください。（住所も同様です。）

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (立替払等)		ページ 立
医療機関窓口で医療費の全額を支払い、払い戻しを受ける場合等にご使用ください。なお、記入方法および封付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。		
1	10番 (左づめ) 番号 (左づめ) 被保険者氏名 2 1 7 0 0 0 2 3 2 1	2
3	氏名 (カタカナ) ニ ッ シ ン タ ロ ウ 日 清 太 郎 姓と名の間には1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半角括弧() は1字としてご記入ください。	
氏名 郵便番号 (ハイフン除く) 電話番号 (左づめのハイフン除く)		
住所 東京 〇 港区 △△ マンション101		
振込先指定口座	振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。 金融機関名称 〇 〇 〇 〇 (銀行) (信用金庫) (信用組合) (農協) (漁協) (その他) 支店名 〇 〇 〇 〇 (本店) (支店) (代理店) (出張所) (本店営業部) 預金種別 ☐ 普通預金 口座番号 (左づめ) 1 2 3 4 5 6 7	
社会保険労務士の 提出代行者名記入欄		

健保記入欄

2 ページ目に続きます。 >>>

1 / 2

6 受診者が複数いる場合は、受診者ごとに申請書を作成してください。

7 発症または負傷年月日が不明の場合は、以下の例を参照してご記入ください。
例) 令和4年4月頃に発症または負傷した場合

発症または負傷年月日 2 年 04 月 00 日

令和4年頃に発症または負傷した場合

発症または負傷年月日 2 年 04 月 00 日

「就労中(通勤途中)」の病気や負傷(ケガ)の場合

- 労災保険からの給付が原則
就労中、通勤途中の病気やケガについては、原則、労災保険給付の対象となり、健康保険給付の対象外となります。
- 健康保険からの給付が行われる場合
労災保険給付の対象とならない場合は、健康保険の給付対象となります。
ただし、受診者が法人の役員の場合については、健康保険の給付対象とならない場合がありますので、健康保険組合にご相談ください。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払等)

ページ

被保険者氏名

日清 太郎

○-1 受診者	2	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
○-2 受診者の氏名 (カタカナ)	ニッシン タロウ	
○-3 受診者の生年月日	2 年 18 月 26 日	
○ 傷病名	左足首ねん挫	○ 発症 日 7 2 年 04 月 04 日 02
○-1 傷病の原因	1. 仕事以外(業務外)での傷病 2. 仕事(業務上)での傷病 3. 通勤途中での傷病	1 1. 仕事以外(業務外)での傷病 2. 仕事(業務上)での傷病 3. 通勤途中での傷病
○-2 労働災害・通勤災害 認定を受けています	8	1. はい 2. いいえ
○ 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか	2	1. はい 2. いいえ
○-1 診療を受けた 医療機関等の名称	〇〇総合病院	
○-2 診療を受けた 医療機関等の所在地	東京都〇〇区〇〇	
○-3 診療した医師等 の氏名	〇〇 〇〇	
○ 診療を受けた日	9 04 年 04 月 02 日 から 04 年 04 月 06 日	
○ 療養に要した費 の額(おづめ)	10 9600 円	
○ 診療の内容	診察のうえ、湿布薬を処方された。	
⑩ 療養費申請の理由	1	1. 療養費を申請できなかったことにより、医療費を全額自己負担したため 2. 療養費の申請期限を超過し、医療費を返還したため 3. 入院時の食事代の差額を申請するため 4. その他

2 / 2

- 8** 就労中、通勤途中の原因による病気やケガについては、原則、労災保険給付の対象となります。
- ・ 労災保険給付を「3.未請求」の場合は、労働基準監督署にご請求ください。
 - ・ 労災保険給付に該当するかどうかわからない場合は、労働基準監督署にご相談ください。
 - ・ 法人の役員であって、「健康保険からの給付が行われる場合」に該当する場合は、「負傷原因届」を添付してください。
 - ・ 労災保険給付の請求と並行して療養費を請求する場合は「労働基準監督署への照会に関する同意書」を添付してください。
 - ・ 労災保険給付の支給が決定された後、給付内容が重複した場合は、健康保険により給付した全額または一部をご返納いただきます。

9 自費で診療を受けた期間もしくは、入院時に支払った食事療養費の期間の始めと終わりの日をご記入ください。

10 領収書(領収明細書)に記載されている金額をご記入ください。