

療養費支給申請書（立替払等）記入例

東京文具工業 健康保険組合 | 給付係 03-3866-8141 (2)

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

立替払・治療用具

被保険者情報	1 被保険者等	記号 987	番号 654321	生年月日	昭・平・令〇〇年〇月〇日	
	2 氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎				
	住所	〒 150 0000 東京 〇〇 区〇〇 X-X □□マンションXXX号				
	電話番号	090 (1234 〇〇〇〇)				
	事業所名称	(株)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、住所などをご記入ください。

振込先	3 機関名称	銀行・金庫・信託 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人		

受取代理人の欄	受取代理人欄は、「給付金受領責任者口座設置届」に記入されている氏名をお願いします。	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。	令和〇年〇月〇日
	4	氏名	健保 太郎	
	代理人(口座名義人)	住所	東京都台東区〇〇-X X	
		氏名	文具 一郎	被保険者との関係(雇用者)

申請内容	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)	5 第三者行為によるものですか ※	はい() いいえ()	
	6 傷病名	氏名	健保 花子	生年月日 昭(平)令〇〇年〇月〇日 続柄 長女	
	発病又は負傷の原因及びその経過(けがの場合は、どこでどのように負傷されたか)	原因	自宅内の段差につまづいて捻ってしまった		
		経過	良好		
	7 診療を受けた病院等	名称	〇〇整形外科医院		
		所在地	東京都台東区△△ X-X	診療した医師の氏名	〇〇〇〇
	診療期間(支給期間)	平・令	年	月	日
	平・令	年	月	日	
療養に要した費用 海外療養費は現地通貨単位で記入ください	X,XXX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。

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

8

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

東京文具工業 健康保険組合

(令6.12)

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 被保険者等の記号及び番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書」に記載されています。
- 被保険者が亡くなられての申請の場合は、被保険者氏名の横にカッコ書きで申請者のご署名をお願いします。住所、電話番号についても、申請者のご住所、電話番号をご記入ください。
- 個人口座への入金をご希望の場合、必ず、被保険者または申請者の名義の口座をご記入ください。被保険者、または申請者と異なる名義の口座へのお振込みはできません。
- 事業所が代理受領する場合は、必ず、被保険者(申請者)の署名と、受取代理人の欄には、事業所様より当組合へご提出いただいている、「給付金受領責任者口座設置届」で届出されている方の署名をお願いいたします。
- 「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。
- 診療期間には、医師より装具等の装着が必要(指示)とされた日をご記入ください。(医師が発行した「装具装着証明書」や「装具作成指示書」をご確認ください。)
- マイナンバーでの申請も可能ですが、1の被保険者等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。

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正のうえ、被保険者(申請者)の署名(サイン)をご記入くださいますよう、お願いいたします。また、訂正の際に修正液や修正テープ等はご使用いただけませんので、ご注意ください。

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 診療報酬明細書(医科) (医療機関より交付を受けてください) 調剤報酬明細書(薬局) (調剤薬局より交付を受けてください)
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(医科)・調剤報酬明細書(薬局) 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

注: 外傷性の負傷の場合は負傷原因報告書の添付が必要になります。

療養費支給申請書（治療用装具） 記入例

東京文具工業 健康保険組合 | 給付係 03-3866-8141 (2)

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族 立替払・治療用装具

被保険者情報	1 被保険者等	記号 987	番号 654321	生年月日	昭平令 〇 年 〇 月 〇 日	
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎				
	2 住所	〒 150-0000 東京都 渋谷区 〇〇 X-X 〇〇マンション X X X 号				
	電話番号	(日中の連絡先) 090 (1234) 〇〇〇				
事業所名称	(株) 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。

振込先	3 金融機関名称	銀行・金庫・信託 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
			口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人

受取代理人の欄	4 受取代理人欄は、「給付金受領責任者口座設置届」にて届出されている方の署名をお願いいたします。	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。	令和 〇 年 〇 月 〇 日
		代理人(口座名義人)	住所 東京都台東区 〇〇-X X	
			氏名 文具 一郎	被保険者との関係(雇用者)

申請内容	6 診者(どちらかに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	5 第三者行為によるものですか ※ はい・いいえ
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日 昭平令 年 月 日 続柄()
	傷病名	両偏平足	
	発病又は負傷の原因及びその経過 (けがの場合は、どこでどのように負傷されたか)	原因	不明
		経過	良好
	診療を受けた病院等	名称	〇〇整形外科医院
		所在地	東京都台東区 〇〇 X-X
7 診療期間(支給期間)	平令 〇 年 8 月 5 日から 平令 〇 年 8 月 5 日まで (日数 1 日)	診療した医師の氏名	〇〇 〇〇
上記期間に入院していた場合はその期間	平令 年 月 日から 平令 年 月 日まで (日数 日)		
療養に要した費用 海外療養費は現地通貨単位で記入ください	X,XXX 円	診療の内容	装具の装着
療養の給付を受けることができなかった理由	治療用装具を装着したため		

※ 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。

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

8

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

- 被保険者等の記号及び番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書」に記載されています。
- 被保険者が亡くなられての申請の場合は、被保険者氏名の横にカッコ書きで申請者のご署名をお願いします。住所、電話番号についても、申請者のご住所、電話番号をご記入ください。
- 個人口座への入金をご希望の場合、必ず、被保険者または申請者の名義の口座をご記入ください。被保険者、または申請者と異なる名義の口座へのお振込みはできません。
- 事業所が代理受領する場合は、必ず、被保険者(申請者)の署名と、受取代理人の欄には、事業所様より当組合へご提出いただいている、「給付金受領責任者口座設置届」で届出されている方の署名をお願いいたします。
- 「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。
- 診療期間には、医師より装具等の装着が必要(指示)とされた日をご記入ください。(医師が発行した「装具装着証明書」や「装具作成指示書」をご確認ください。)
- マイナンバーでの申請も可能ですが、1の被保険者等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。

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正のうえ、被保険者(申請者)の署名(サイン)をご記入くださいますよう、お願いいたします。また、訂正の際に修正液や修正テープ等はご使用いただけませんので、ご注意ください。

添付書類

装具の種類	添付書類 1 医師の証明を受けて添付してください。	添付書類 2 (共通)	添付書類 3
治療用装具	装具作製(装着)指示書 又は意見書、証明書等	領収書の原本 患者名、装具の名称、 種類、内訳別の費用額 が記載されているもの	装具写真提出用紙 下肢装具・靴型装具を作成した場合
弾性着衣等	弾性着衣等装着指示書		—
小児弱視等の治療用眼鏡等	眼鏡等作成指示書		—

注：外傷性の負傷および椎間板ヘルニアの場合は負傷原因報告書の添付が必要になります。

療養費支給申請書 記入例（海外で診療を受けた場合）

東京文具工業 健康保険組合 | 給付係 03-3866-8141 (2)

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
 家族 立替払・治療用器具

① 被保険者等 記号 987 番号 654321 生年月日 昭平令〇〇年〇月〇日
 ② 氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ
 健保 太郎
 住所 〒115-0000 東京 都府 渋谷区〇〇 X-X
 □□マンションX X X号 電話番号 (日中の連絡先) 090 (1234)〇〇〇〇
 事業所名称 (株)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、住所などをご記入ください。

③ 金融機関名称 銀行・金庫・信組 農協・その他() 預金種別 普通・当座・その他()
 口座番号 支店・本店・出張所 その他()
 ④ 口座名義 (カタカナで記入) 口座名義区分 被保険者(申請者)・代理人

④ 受取代理人欄は、「給付金受領責任者口座設置届」に届出されている方の署名をお願いします。
 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。 令和〇年〇月〇日
 氏名 健保 太郎
 住所 東京都台東区〇〇-X X
 代理人(口座名義人) 氏名 文具 一郎 被保険者との関係(雇用者)

⑤ 受診者(どちらかに✓) 被保険者 家族(被扶養者) ⑤ 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 昭平令〇〇年〇月〇日 続柄(長女)
 ⑦ 傷病名 捻挫 発病又は負傷年月日(療養開始日) 平令〇年8月2日
 発病又は負傷の原因及びその経過(けがの場合は、どこでどのように負傷されたか) 原因 海外旅行中に段差につまづいて捻挫してしまった
 経過 良好
 ⑦ 診療を受けた病院等 名称 〇〇〇〇〇〇〇〇
 所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 診療した医師の氏名 〇〇 〇〇
 診療期間(支給期間) 平令〇年8月2日から 平令〇年8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 平令 年 月 日から 平令 年 月 日まで (日数 日)
 療養に要した費用 海外療養費は現地通貨単位で記入ください USD X, X X 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 海外で治療を受けたため

※ 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。

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

⑧

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 被保険者等の記号及び番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書」に記載されています。
 - 被保険者が亡くなられての申請の場合は、被保険者氏名の横にカッコ書きで申請者のご署名をお願いします。住所、電話番号についても、申請者のご住所、電話番号をご記入ください。
 - 個人口座への入金をご希望の場合、必ず、被保険者または申請者の名義の口座をご記入ください。被保険者、または申請者と異なる名義の口座へのお振込みはできません。
 - 事業所が代理受領する場合は、必ず、被保険者(申請者)の署名と、受取代理人の欄には、事業所様より当組合へご提出いただいている、「給付金受領責任者口座設置届」で届出されている方の署名をお願いいたします。
 - 「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。
 - 診療期間には、医師より器具等の装着が必要(指示)とされた日をご記入ください。(医師が発行した「器具装着証明書」や「器具作成指示書」をご確認ください。)
 - マイナンバーでの申請も可能ですが、①の被保険者等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。
- ※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正のうえ、被保険者が記入する欄には被保険者(申請者)の、医師が記入する欄には医師の署名(サイン)をご記入くださいますよう、お願いいたします。また、訂正の際に修正液や修正テープ等はご使用いただけませんので、ご注意ください。

	添付書類1 (診療を受けた現地の担当医の証明)	添付書類2 (共通)
医科	① 様式A「診療内容明細書」及び様式B「領収明細書」 ② 様式A及び様式Bの日本語翻訳	③ 領収書の原本 ▷ 診療に要した費用の全額を自己負担していることが確認できるもの
歯科	① 様式B「領収明細書」及び様式C「歯科診療内容明細書(領収明細書)」 ② 様式Cの日本語翻訳	④ 海外に渡航した事実が確認できる書類 ▷ パスポート等の写し(出入国がわかるもの) ⑤ 調査に関する同意書

注：外傷性の負傷の場合は負傷原因報告書の添付が必要になります。