【2024年12月改訂】

健康保険 被保険者 / 家族 療養費支給申請書（立替払等）

1 2

常務理事	事務長	担当者
	記入例	

【提出先】 東リ健康保険組合

被保険者情報							
被保険者等	記号	1234	番号	5678	事業所・所属部署	○○株式会社○○営業所	
氏名	健保　太朗				生年月日	1985 年 12 月 1 日	
住所	（〒 111 － 1111 ） ○○県○○市○○町2－15－6						
電話番号（日中の連絡先）	012 （ 234 ） 5678						

振込先				
☐ 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		○○○ 支店	
預金種別	普通	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	右づめでご記入ください
口座名義（被保険者）	ケンポ　タロウ			カタカナでご記入ください

被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です

記号番号ではなくマイナンバーでの申請をご希望の方は余白に記入してください。
マイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し（両面）」または「個人番号通知カードまたは個人番号が付記された住民票」と「本人を確認できる書類（運転免許証またはパスポート等）の写し」の添付が必要となります。

2ページに続きます ＞＞＞

【 添付書類 】

●「療養に要した費用の額」に関する証拠書類
保険証不携帯 → 診療報酬明細書，診療費請求書兼領収書，診療費明細書等
前健康保険組合の保険証使用 → 前健康保険組合へ振込した領収書 ＋ 診療報酬明細書（写）【開封厳禁】

健保使用欄				
資格取得年月日	年	月	日	
資格喪失年月日	年	月	日	
伺年月日	年	月	日	
支払年月日	年	月	日	
支給額			円	

受付印

健康保険 被保険者 / 家族 療養費支給申請書（立替払等）

1 2

被保険者氏名
健保　太朗

申請内容

1 受診者	☑ 被保険者 ☐ 家族（被扶養者） →	氏名	
		生年月日	年　月　日
2 傷病名	急性虫垂炎	3 発病または負傷年月日	2024 年 11 月 30 日
4 発病の原因および経過（詳しく）	☑ 病気　☐ けが ➡『負傷原因届』を併せてご提出ください （原因および経過） 旅行先で腹痛がひどくなり、急遽最寄りの救急病院で診察を受けた。		

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
	○○総合病院	○○県○○市○○3－2－1	○○　○○
	○○薬局	○○県○○市○○3－2－2	○○　○○

6 診療を受けた期間	2024 年 11 月 30 日 ～ 2024 年 12 月 7 日	日数	8 日
6－①上記の期間に入院していた場合は、その期間	2024 年 11 月 30 日 ～ 2024 年 12 月 7 日	日数	8 日
7 療養に要した費用の額	565,880 円		
8 診療の内容	診察のうえ、腹腔鏡手術を行った。		

9 療養費の支給申請の理由

☐ 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

☐ 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

☐ 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

☑ その他

（理由）

緊急やむを得ず受診し、資格を確認できなかったため