

## 記入例

協和キリン健康保険組合 宛

健康保険

☐ 被保険者  
☒ 被扶養者

療養費支給申請書（立替払用）

2024 年 12 月 25 日提出

|        |                                                                                     |       |     |          |       |                    |                           |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|----------|-------|--------------------|---------------------------|
| 申請者の情報 | 被保険者等<br>記号・番号                                                                      | 記号    | 300 | 番号       | 12345 | 会社名                | △△△株式会社                   |
|        |                                                                                     |       |     |          |       | 所属                 | △△支店 △△営業所                |
|        | 申請者氏名<br>(自署)                                                                       | 健保 太郎 |     |          |       | 従業員番号              | 20109999                  |
|        |                                                                                     |       |     |          |       | メールアドレス            | kenpo.00@000.com          |
| 被保険者住所 | (〒 103- 必ず自署してください )                                                                |       |     |          |       | 日中連絡先(TEL)         | 090-0000-0000             |
|        | 東京都中央区〇〇1-1-1 〇〇マンション101                                                            |       |     |          |       | 社員の方は必ず自署してください    |                           |
| 在籍者    | (委任状)<br>私は会社(事業主)を代理人と定め、この給付金の受領に関する権限を委任します。<br>(給与での振込手続きを会社に依頼するため、必ずご記入ください。) |       |     |          |       | 被保険者氏名<br>自署してください | 2024 年 12 月 25 日<br>健保 太郎 |
| 退職者    | 退職者・退職予定者の方は、振込先を記入してください                                                           |       |     |          |       |                    |                           |
|        | 銀行                                                                                  | 支店    |     | 口座<br>番号 | (普)   | 名義<br>(フリガナ)       |                           |

|                                  |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |                    |    |                |                     |     |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----|----------------|---------------------|-----|
| 申請内容                             | 受診者氏名                                                                  | 健保 康太                                                                                                                                                                                                                                | 続柄                 | 長男 | 受診者の<br>生年月日   | 2024 年 12 月 2 日 0 歳 |     |
|                                  | 傷病名                                                                    | 乳児湿疹                                                                                                                                                                                                                                 |                    |    | 発病または<br>負傷した日 | 2024 年 12 月 20 日    |     |
|                                  | 発病の原因および<br>経過                                                         | 湿疹が悪化してきたため受診。                                                                                                                                                                                                                       |                    |    |                |                     |     |
|                                  | 診療の内容                                                                  | 診察。投薬。                                                                                                                                                                                                                               |                    |    |                |                     |     |
|                                  | 診療を受けた医療機<br>関等の所在地・名称・<br>医師名                                         | 所在地 東京都中央区◇◇1-2-3<br>名称 ◇◇◇小児科<br>医師名 ◇◇ ◇◇                                                                                                                                                                                          |                    |    |                |                     |     |
|                                  | 診療を受けた期間                                                               | 2024 年 12 月 20 日 から 2024 年 12 月 20 日 まで                                                                                                                                                                                              |                    |    |                | 日数                  | 1 日 |
|                                  | 上記の期間に<br>入院をしていた場合は<br>その期間                                           | 年 月 日 から 年 月 日 まで                                                                                                                                                                                                                    |                    |    |                | 日数                  | 日   |
|                                  | 療養に要した費用                                                               | 5,000 円                                                                                                                                                                                                                              |                    |    |                |                     |     |
|                                  | 療養費の支給申請の<br>理由                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 他の健保組合等に医療費の返還を求められ、返還した医療費を当健保組合に申請するため<br><input type="checkbox"/> その他 ( |                    |    |                |                     |     |
| 交通事故等による<br>第三者行為によるもの<br>か      | <input type="checkbox"/> はい<br><input checked="" type="checkbox"/> いいえ |                                                                                                                                                                                                                                      | 第三者が原因の<br>場合はその状況 |    |                |                     |     |
| 「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。 |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |                    |    |                |                     |     |

## 【添付書類】 要原本

|                                     |                             |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| ■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とき | ■他の健保組合等に返還した医療費を申請するとき     |
| ・領収書                                | ・他健保組合等発行の領収書(納入告知書兼領収書)    |
| ・医療機関発行の診療(調剤)報酬明細書<レセプト>           | ・他健保組合等発行の診療(調剤)報酬明細書<レセプト> |

|       |             |      |      |     |    |
|-------|-------------|------|------|-----|----|
| 健保記入欄 | 支給年度        | 年度   |      |     |    |
|       | 支給決定額       | 円    |      |     |    |
|       | 申請支給<br>対象額 | ( 円) | 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|       | 備考          |      |      |     |    |
|       | 受付整理番号      |      |      |     |    |

《健保受付日付印》

2024.12.1改訂