

I 立替払等 健康保険 本人・家族 療養費

一部負担還元金
家族療養費付加金

支給申請書

記入例



(訂正する場合は申請者が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。申請者以外の方による訂正は認められません)

① 被保険者等 記号・番号 <small>※当組合の記号・番号</small>	記号 番号 XXX - 234	② 被保険者 (申請者) の名 氏 生年月日	(フリガナ) ジョウホウ タロウ
			情報 太郎 昭・平 令 XX年 XX月 XX日
③ 被保険者 (申請者) の 現住所	〒 XXXX - XXXX 千代田区〇〇〇3-3-303	日中連絡のとれる電話番号 自宅 XXX-XXXX-XXXX 携帯 XXX-XXXX-XXXX	
	④ 事業所名称 <small>※本人(被保険者)が勤務している事業所名称をご記入ください</small>	(株)〇〇〇〇	

申請内容	⑤ 診療を受けた方 の氏名	情報 花子	⑥ 診療を受けた方 の生年月日	昭・平 令 XX年 XX月 XX日	⑦ 被保険者 との続柄	(本人・妻等) 妻
	⑧ 診療区分 <small>※該当区分に〇</small>	外来・ <u>外来と調剤</u> ・入院 <small>※外来で病院と調剤薬局を利用した方は「外来と調剤」に〇</small>	⑨ 診療内容	(診察・投薬等) 診察、投薬		
	⑩ 診療に要した 費用の額	X,XXX 円	⑪ 傷病名	咽頭炎		
	⑫ 診療を受けた 時期	<small>※月をまたいで記入しないでください。申請は月別です</small> 令和 XX年 XX月 XX日 から 令和 XX年 XX月 XX日 まで 計 XX 日間				
⑬ 診療を受けた 医療機関名	<small>(〇〇クリニック、〇〇調剤薬局 等)</small> 〇〇病院、〇〇調剤薬局					
⑭ 申請理由 <small>※該当番号に〇</small>	①.当組合に加入後、マイナ保険証が使用できない等の理由で医療費を全額自己負担したため 2.他の保険者の資格で医療機関等を受診し、他の保険者に医療費を返還したため 3.その他()					

疾病・ 負傷原因	⑮ 原因 <small>※該当番号に〇</small>	①病気 2.外傷(自損・交通事故・暴行、傷害) 3.その他()			
	⑯ 発病・負傷年月日	令和 XX年 XX月 XX日 (ケガのとき: 午前・午後 時頃に負傷)・病気等で発病年月日が不詳			
	⑰ 「2.外傷」に 該当する方は 具体的な状況 と図を記入	負傷場所(どこで)	(例 自宅で/ 学校で/ 公園で/ サッカー場で 等)		
負傷した状況		(例 自宅階段から転倒し負傷/ サッカーの練習中に負傷 等)			
	第三者行為の確認	<input type="checkbox"/> 相手がいない <input type="checkbox"/> 相手がいる ※1	労災の確認	<input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> 労災 ※2	

※1 原因が交通事故・傷害等で「相手がいる」場合、別途「第三者の行為による傷病届」等が必要です。該当する方は別紙「申請の手引き」をご確認ください。

※2 仕事中、通勤・退勤途中の原因による病気やケガは労災保険給付の対象となるため当組合へ申請することはできません。勤務先へお問合せ下さい。

添付書類	⑱ 添付書類を忘れず に同封ください <small>※用意したら図を記入</small>	⑭申請理由「1」の方	<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関、調剤薬局の領収書(原本) <input checked="" type="checkbox"/> 診療明細書(薬局は調剤明細書)(原本)	⑭申請理由「2」の方	<input type="checkbox"/> 他の健康保険に返金した際の領収書(原本) <input type="checkbox"/> 他の健康保険から発行された診療報酬明細書(レセプト)(原本)
------	--	------------	--	------------	--

※⑭で申請理由「3」を選択した方は「1」または「2」いずれかが当てはまるほうの添付書類を用意してください。

給付金振込先選択欄 ※希望する振込先に☑をご記入ください

<input checked="" type="checkbox"/> 会社振込 勤務先の「給付金専用口座」への振込を希望します。	<input type="checkbox"/> 公金受取口座 マイナンバー等で事前登録した「公金受取口座」を利用します。	<input type="checkbox"/> 個人(申請者)口座 被保険者(申請者)の「個人口座」への振込を希望します。
---	---	--

被保険者等記号・番号を記入せずにマイナンバーにより申請する方は下欄へ記入し、個人番号および本人確認書類を添付してください。

個人(申請者)口座を選択した方のみ下記を記入

支払金融機関	銀行・農協 信金・信組	本店 支店	預金種別 普通・当座
	金融機関コード	店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)	
	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合は8ケタの通帳番号)	フリガナ	
		口座名義	

(2026年5月) 受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--