

※	同 年 月 日	令和 年 月 日	決	常務理事
支	支 払 年 月 日	令和 年 月 日		
決	支 給 額			
議	支 給 内 訳		得 年 月 日	療 得 年 月 日
書	法定 附加		喪 年 月 日	養 喪 年 月 日

# 記入例\_立替払い

2か所について、  
該当事項を○でか  
こんでください。

## 健康保険 被保険者 家族 食費支給申請書(第 回目) (立替払い)治療用装具、生血

◎「※」印欄は記入しないでください。

被	被保険者証の記号・番号(左詰め)	⑦ 生 年 月 日	被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日
保	4 3 2 1 5 9 7 8 9 0 0	昭 平 令 4 7 0 9 0 8			0:無 1:有	
險	被保険者の(申請者)氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	事業所の名称	(会社名)		
者	(氏) 健保 太郎	(名) 太郎	事業所の所在地	(会社の住所)		
が	被保険者の(申請者)住所	郵便番号 100-0000	(フリガナ) トウキョウトチュウオウクマルマル			
記	電話番号 03-xxxx-xxxx	住所 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101				
入	療養が被扶養者に関するときは、その者の氏名	① 健保 花子	昭和 平成 令和	11年 12月 13日	① 被保険者との続柄	長女
す	傷 病 名	左膝関節靭帯損傷	発病又は負傷年月日(療養開始日)	0 2 0 4 0 1		
る	発病又は負傷の原因及びその経過	休日に公園で転倒 ※いつ・どこで・どのように	②第三者行為によるものですか 0:いいえ 1:はい			
と	診療を受けた病院等	④名称 ○ ○ 病院	⑤所在地 (病院の住所)	⑥名称 ○ ○ 医師		
こ	⑦ 診療の期間(支給期間)	自 0 2 0 4 0 1	⑧ 日数 0:入院外	⑨ 入院の場合、左記の入院期間	⑩ 診療に要した費用の額 30,000 円	
ろ	⑪ 診療の内容	詳細記入	⑫ 1. 自費診療(理由: 詳細な理由を記入してください) 2. 治療用装具作成			
	確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認				
※	診療の	療養の原因(コード)	支給回数	初回支給	補修	再支給
	支給	減額 調査先 海外表示	特別支給	装着年月日		

被保険者の申請の時は、該当せずと記入してください。

診療ではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と、医師以外の者から手当を受けた場合は、④⑤⑥⑦⑧⑨⑩はそのように読み替えてください。

診療日を記入。

・保険証発行(再発行)中のため  
・保険証不携帯による緊急受診のため  
・他保険(国保等)使用による医療費返還のため  
など、詳しく記入してください。

【重要】必ず☑をお願いします。押印に変わる重要事項となります。

令和 年 月 日提出

金 円也領収いたしました。

令和 年 月

健康保険組合理事長殿

氏名

【訂正方法】  
●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。

受取金融機関	支払区分	1:銀行振込 2:事業所経由 3:公金受取口座
	口座番号	
	口座名義	

原則、お勤め中の方は、2.事業所経由(銀行等記入不要)になります。任継の方は、1.銀行振込(任継取得時にご記入の受取銀行口座/銀行等記入不要)となります。\*退職者のみ銀行名等詳細記入必須。  
★公金受取口座の利用制度詳細は、当健保HPお知らせをご覧ください。

※原則、在職中の方は、「2.事業所経由」を選択してください。公金受取口座への支給については都度確認の必要があり、支給までに時間を要する場合があります。

受取代理人の欄	本請求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 年 月 日	
	被保険者住所 (請求者) 氏名	
	お勤め中の方は、事業主経由になります。	
代理人の	(フリガナ)	係
氏名		
代理人の	郵便番号	(フリガナ)
住所		電話 ( )

事業主の代理人記入は不要です。

### 領収(診療)明細書

患者名		傷病名	
入院外		入院	
初診	時間外・休日・深夜	初診	時間外・休日・深夜
再診	時間内 回数 時間外 回数 休日・深夜 回数	投薬	内服 外用
往診	普通・難路 回数 夜間・暴風雨雪 回数 同、家屋 回数	注射	皮下筋肉内 回数 静脈内 回数
指導		処置及び手術	材料 麻酔剤
投薬	内服 外用 外用調剤	検査	
注射	皮下筋肉内 回数 静脈内 回数	レントゲン	透視 回数 造影剤 回数
検査		その他	
レントゲン	透視 回数 造影剤 回数	入院	1月未満 日間(日~日) 1月~3月未満 日間(日~日) 3月以上 日間(日~日) 給食の有・無
処置及び手術	材料 回数 麻酔剤 回数	合計	
その他			
合計	円	合計	円

医師の記入欄

(備考)すでに申請済みの領収書に、本明細書の記載内容(透視・造影剤・材料・麻酔剤)を記載する場合は、「領収」の字句を消し、「診療証明書」として所定の事項を記入して下さい。

上記のとおり領収(診療)いたしました。

令和 年 月 日

医師の住所 氏名

## 記入上の注意 1

1. 表題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方をマルで囲んでください。
2. 表題の「被保険者」の文字をマルで囲んだときは、①②③欄に「該当せず」と記入してください。
3. 診療を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当を受けた場合は、④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺の欄は、そのように読み替えて記入してください。
4. ㉑㉒の欄は、該当する番号をマルで囲んでください。
5. 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に第三者行為による傷病届をこの書類に添付してください。
6. 字句を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。
7. 給付決定に際して、当健保組合より内容確認の連絡をさせていただくこともございます。

## 記入上の注意 2 (支払金融機関の欄・受取代理人の欄)

1. 支払区分の欄は、該当する番号をマル(○)で囲んでください。

支払区分	内 容
1 銀行振込	給付が決定した場合、指定の銀行の口座へ振込みます。
2 事業所経由	原則被保険者本人の在籍している事業所にまとめて送金しますので、事業所担当者より受取ってください。
3 公金受取口座	公金受取口座利用制度については、デジタル庁ホームページをご確認いただき、事前に登録が必要となります。

2. 給付金の受け取りを他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要な事項を記入してください。また、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入してください。

3. 公金受取口座の利用について

●利用の際には、マイナポータルにおいて事前登録が必要です。

※公金受取口座は、マイナポータルからいつでも変更が可能のため、預貯金口座の実在性の確認等が行われず、登録した情報等の反映までに数日程度要することがあり、支給までに時間を要する場合があります。

●当組合では、これまでどおり、原則として事業主へ送金。公金受取口座への送金を希望される方のみ、申請書への意思表示が必要となります。