※支払決議書						
伺年月日	令和　年　月　日	決裁	常務理事			
支払年月日	令和　年　月　日					
支給額	円					
支給内訳 法定	款　頁　目	得	年　月　日	療養	得	年　月　日
付加		喪	年　月　日		喪	年　月　日

記入例

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 療養費支給申請書（第　回目）

（立替払い、治療用装具、生血）

被保険者が記入するところ

被保険者の記号・番号（左詰め）	㋐ 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
4321597890 0	昭 平 令 年 月 日 4 7 0 9 0 8	※	※	※ 0:無 1:有	※ 年 月 日

被保険者の（申請者）氏名	（フリガナ）ケンポ	（フリガナ）タロウ	事業所の 名称	（会社名）
	（氏）健保	（名）太郎	所在地	（会社の住所）
	※押印不要の為、下記確認欄に☑が必要です。			
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		
	電話番号 03-××××-××××	住所 東京都中央区○○1−1　△△マンション101		

療養が被扶養者に関するときは、その者の	㋑ 氏名 健保　花子	昭和 平成 令和 11年 12月 13日生	㋓ 被保険者との続柄	長女

被保険者の申請の時は、該当せずと記入してください。

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）	年 月 日 0 2 0 4 0 1
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	㋔第三者行為によるものですか	0 ： いいえ　1 ： はい

診療を受けた病院等	㋕名称 ○ ○ 病院		○ ○ 医師
	㋖所在地 （病院の住所）		

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、㋕㋖㋗㋘㋙㋚㋛はそのように読み替えてください。

㋘ 診療の期間（支給期間）	自 年 月 日 0 2 0 4 0 1	㋘日数 1 日	㋙入院・入院外の別 0 ： 入院外 1 ： 入院	㋚入院の場合、左記の入院期間 自令和　年　月　日 至令和　年　月　日	日間	㋛診療に要した費用の額 30,000 円
	至 年 月 日 0 2 0 4 0 1					

診療日を記入。

㋜ 診療の内容	詳細記入	給付を受けることができなかった理由 ※該当に○をして下さい。	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

・資格確認書発行（再発行）中のため
・保険証／マイナ保険証／資格確認書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。

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 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

【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。

※					
診療の	立替払い等	療養の原因（コード）			
			支給回数	1 初回支給 2 補修 3 再支給	装着年月日 年 月 日
			回		
支給回数 回	円	減額	調査先	海外表示 0 ： 国内 1 ： 海外	特別支給	（備考）

令和　年　月　日提出

領収書	
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。
例 ： ~~あいうえお~~ かきくけこ（健保太郎）

◎記入の方法は記入例がありますからよく読んでください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

受取金融機関			
支払区分	1:銀行振込　2:事業所経由 3:公金受取口座利用	預金種	
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のため銀行等記入不要)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…

◎受取代理人欄の記入方法は記入例をご確認ください。未記入の場合は返却し、再提出をお願いいたします。

受取代理人の欄（①②いずれか☑）

☑ ①本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。

事業主名称	●●●●株式会社	被保険者(申請者)	日付	令和　7年　4月　1日
			氏名	健保　太郎

☐ ②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

被保険者(請求者) 住所
氏名

お勤め中の方は、事業主経由になります。
令和7年4月1日より
「受取代理人の欄」の①を選択し、事業主名・被保険者氏名・日付の記入をお願いします。
※事業主への受領委任は給付の都度とる運用に変更。

代理人の氏名	(フリガナ)	
代理人の住所	郵便番号　－	(フリガナ)
	電話　(　　)	

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　円	初診	時間外・休　日・深　夜　円
再診	時間内　回 時間外　回 休日・深夜　回	投薬	内服 屯服 外用
往診	普通・難路　回 夜間・暴風雨雪　回 同、家屋　回	注射	皮下筋肉内　回 静脈内　回 回
指導		処置及び手術	回 回 材料　回 麻酔　回 薬剤　回
投薬	内服 屯服 外用 調剤	検査	
注射	皮下筋肉内　回 静脈内　回 回	レントゲン	回 透視　回 造影剤　回
検査		その他	
レントゲン	回 透視　回 造影剤　回	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	回 回 材料　回 麻酔　回 薬剤　回	合計	円
その他			
合計	円		

医師の記入欄

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

（備考）すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「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。
（添付書類についての注意）
① 歯科診療に関する申請のときは、別の領収証明をつけて下さい。
② 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」をつけて下さい。
③ コルセット・ギプス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費の領収証書」をつけて下さい。
④ 海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」及び「診療明細書」をつけて下さい。
なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

記入上の注意 1

◆ **保険証新規発行廃止に伴い、被保険者の記号・番号は、「資格情報のお知らせ／マイナポータル」で確認できます。**

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、㋑㋒㋓欄に「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、㋕㋖㋗㋘㋙㋚㋛㋜の欄は、そのように読み替えて記入してください。
4. ㋝㋞の欄は、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（〇）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. **在籍者は原則「①本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。」を選択し、事業主名・氏名・日付を記入してください。**

   ただし、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事項を記入し、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なため、預貯金口座の実在性の確認等が行われます。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、申請書類への意思表示が必要となります。