

# 健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

ページ

被保険者(申請者)記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書(立替払等) 記入の手引き」をご確認ください。

届書(申請書)は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (左づめ)	記号 1 1 2 3 3 1 9	番号	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名・印	(フリガナ)	印	自署の場合は押印を省略できます。
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 - ) TEL ( )	都 道 府 県	

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	口座名義 の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	平成 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒 - ) TEL ( ) 住所 (フリガナ) 氏名・印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ 委任者と 代理人との 関係
		印	

「申請者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印	受付日付印
様式番号	協会使用欄	
6 6 1 1 1 9		

被保険者氏名

申請内容	① 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)			
	①-① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	② 傷病名		③ 発病または負傷年月日	平成 年 月 日	
	④ 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。			
	⑤ 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地(海外で受診した場合は国名から)	診療した医師等の氏名	
		名称	所在地(海外で受診した場合は国名から)	診療した医師等の氏名	
	⑥ 診療を受けた期間	(平成) 年 月 日	から	(平成) 年 月 日 まで 日数 日	
	⑥-① 上記の期間に入院していた場合は、その期間	(平成) 年 月 日	から	(平成) 年 月 日 まで 日数 日	
	⑦ 療養に要した費用の額	円			
⑧ 診療の内容					
⑨ 療養費の支給申請の理由	1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> 4. 海外で受診したため <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>渡航期間(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)</td> </tr> <tr> <td>渡航目的・海外滞在の理由</td> </tr> </table> 9. その他 (理由)			渡航期間(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)	渡航目的・海外滞在の理由
渡航期間(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)					
渡航目的・海外滞在の理由					

様式番号

6 6 1 2 1 8

同意欄

療養を受けた海外の医療機関等に全国健康保険協会が文書等により当申請内容を照会することに同意します。

被保険者氏名

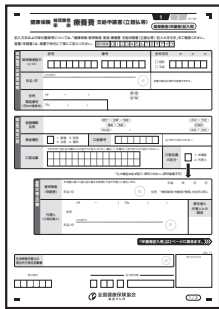
印

# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) 記入の手引き

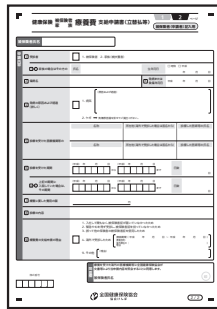
医療費を自費負担した場合、協会けんぽがやむを得ないと認めた分について支給を受けることができます。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ



2/2ページ



申請書は、家族(被扶養者)の療養費支給申請であっても、被保険者ご自身でご記入ください。被保険者が亡くなっている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

添付書類をご用意ください。

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 医療費を自費で支払ったとき</li> <li>■ 海外で治療したとき (立替払・海外療養費)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 診療内容を記載した証明書 診療明細書(傷病名の記載があるもの)</li> <li>● 領収書(領収明細書)の原本 診療に要した費用を証明した領収書 ※海外で治療したとき           <ul style="list-style-type: none"> <li>● 海外渡航期間がわかる書類 (パスポートなど当該渡航期間がわかる部分のコピー等)</li> </ul> </li> </ul> <p>添付書類が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。 (翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 国民健康保険など 他の保険者の被保険者証を使用し、 医療費の返還を行ったとき</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 診療報酬明細書 返還した保険者から交付を受けた診療報酬明細書 (封かんされているときは開封しないで封筒ごと添付してください。)</li> <li>● 領収書の原本 返還請求された金額を支払ったことを証明する領収書の原本</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 生血液を輸血したとき</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 輸血証明書 輸血回数が記載されたもの</li> <li>● 領収書の原本 血液にかかる費用額や移送にかかった費用額の内訳が記載されている領収書の原本</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ケガ(負傷)による申請の場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 負傷原因届</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 第三者による傷病の場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 「第三者行為による傷病届」 詳しくは協会けんぽ都道府県支部にお問い合わせください。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 被保険者が亡くなられ、 相続人の方が請求する場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等</li> </ul>

次ページに記入例があります。➔

ご提出・お問い合わせ先

被保険者証に記載されている協会けんぽ都道府県支部にご提出ください。(郵送で提出できます)  
\*各支部の電話番号、所在地などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



協会けんぽ

検索

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

TEL 03(XXX)XXXX△△△△**協会**

1
2 ページ

**健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)**  
 家族 被保険者(申請者)記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書(立替払等) 記入の手引き」をご確認ください。  
 届書(申請書)は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

**1** 被保険者(申請者)情報

被保険者証の (左つめ)	記号 2 1 7 0 0 0 2 3	番号 2 1	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 6 1 1 0 2 2
氏名・印	(フリガナ) キョウカイ タロウ 協会 太郎		自署の場合は押印を省略できます。
住所 電話番号 (日中の連絡先)	〒105-0000 東京 港区〇〇 1-1 △△マンション101 TEL 090 (XXXX)XXXX		

**2** 振込先指定口座

金融機関 名称	〇〇〇〇 <small>(銀行) (金庫) (信組)</small>	〇〇〇〇 <small>(本店) (支店)</small>
預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) キョウカイ タロウ	口座名義 の区分 1 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

**3** 受取代理人の欄

被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 氏名・印 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	平成 年 月 日
代理人 (口座名義人)	(〒 - ) TEL ( ) 住所 (フリガナ) 氏名・印	委任者と 代理人との 関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

様式番号

協会使用欄

(26.7) 受付日付印

1 / 2

**記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)**

**1** 記号・番号は、被保険者証に記載されています。

健康保険 本人(被保険者) 00163  
被保険者証 記号 21700023 番号 21

氏名 協会太郎  
生年月日 昭和 61年 10月 22日 性別 男  
資格取得年月日 平成 20年 10月 10日

事業所名称 ○○株式会社  
保険者番号 01010011  
保険者名称 全国健康保険協会 ○○支店  
保険者所在地 ○○市○区○町○丁目○番○号

**2** 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所・振込口座も同様です。)

※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

**3** ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・貯金種目・口座番号をご記入ください。

金融機関 名称	ゆうちょ <small>(銀行) (信組)</small>	二三八 <small>(本店) (支店)</small>
預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) キョウカイ タロウ	口座名義 の区分 1 1. 申請者 2. 代理人

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名 協会 太郎

申請内容	1 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	
	1-1 家族の場合はその方の氏名	協会 二郎	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 18年10月26日
2 傷病名	左足首ねん挫	3 発病または負傷年月日	平成 26年4月2日
4 発病の原因および経過(詳しく)	2 1. 病気 2. ケガ → 負傷原因箇所を併せてご提出ください。		
5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地(海外で受診した場合は国名から)	診療した医師等の氏名
	〇〇総合病院	東京都〇〇区〇〇	〇〇〇〇
4	名称	所在地(海外で受診した場合は国名から)	診療した医師等の氏名
	△△薬局	東京都〇〇区△△	△△ △△
6 診療を受けた期間	(平成) 年 月 日 から (平成) 年 月 日 まで	日数	2 日
6-1 上記の期間に入院していた場合は、その期間	(平成) 年 月 日 から (平成) 年 月 日 まで	日数	日
5	7 療養に要した費用の額	9,600 円	
8 診療の内容	診察のうえ、湿布薬を処方された。		
9 療養費の支給申請の理由	1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 1 4. 海外で受診したため (渡航期間(平成) 年 月 日 ~ (平成) 年 月 日) ) 9. その他 (理由)		

療養を受けた海外の医療機関等に全国健康保険協会が文書等により当申請内容を照会することに同意します。

6 被保険者氏名

様式番号

全国健康保険協会 協会けんぽ

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

4 自費で診療を受けた期間の始めと終わりの日をご記入ください。日数は診療を受けた日の数をご記入ください。

5 領収書(領収明細書)に記載されている金額をご記入ください。

6 海外で診療を受けた際の支給申請の場合は、医療機関等への照会に係る同意欄への記入・押印をお願いいたします。



# 療養費の支給要件等

## 支給を受ける条件

緊急のときなど、やむを得ず被保険者証を提示できず自費で受診したときなど、次の条件に該当する場合に、その費用のうち協会けんぽがやむを得ないと認めた分について療養費として支給します。

- 1 就職後に、被保険者証の交付を受ける前に傷病にかかり、被保険者資格があることを証明できないため、自費で診療を受けたとき**
- 2 近くに保険医療機関がなく、緊急を要するためやむを得ず健康保険が利用できない医療機関で診療を受けたときなど、協会けんぽがやむを得ない理由があったと認めるとき**
- 3 海外で診療を受けたとき**  
※治療を目的とした海外渡航による診療は、支給の対象外です。
- 4 協会けんぽの加入期間に、資格がなくなった他の保険者の被保険者証を使用して診療等を受け、被保険者証を発行していた保険者へ医療費の返還を行ったとき**
- 5 生血液の輸血を受けたとき（保存血を輸血した場合は、療養の給付（現物給付）がされます）**

## 支給額

申請書に添付された診療明細書等により、協会けんぽが健康保険の療養に要する費用の額の算定方法（診療報酬点数表）に基づき計算した額から、加入者が窓口負担すべき額を差し引いた額を療養費として支給します。

- ①実際に支払った額（返還した額）の中に保険診療が認められていない処置や薬剤、病気の予防を目的とする予防注射等の費用が含まれている場合は、療養費の計算から除かれます。

実際に支払った額	
窓口負担相当額	療養費

保険診療が認められないものは支給計算の対象外となります。

- ②実際に支払った額が協会けんぽが健康保険の療養に要する費用の額の算定方法に基づき計算した額を超えている場合は、協会けんぽが算定した額の範囲で療養費を支給します。

実際に支払った額	
協会けんぽが健康保険の基準で計算した額	
窓口負担相当額	療養費

協会けんぽが算定した金額と比べて超過した額は、療養費の支給計算の対象外となります。