

健康保険療養費支給申請書

(立替払等、治療用装具、生血)

お手元の保険証で
ご確認ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号と番号	記号 ○	② 被保険者(申請者) の氏名・生年月日 (自 著)	健保 太郎				
	社員番号	○○○○○	被保険者(申請者) の生年月日 (自 著)	昭和 平成 60 年 6 月 10 日				
	③ 被保険者 (申請者) の住所	住所は被保険者のご自宅の住所、電話番号は日中つながる電話番号をご記入ください。						
	④ 事業所の名称	株式会社○○○	家族(被扶養者)の療養に対する 申請の場合のみご記入ください。	○○(○○○○)○○○○ TEL				
	⑤ 受診者が家族 (被扶養者)の 場合	氏名	健保 桃子	生年月日	昭和 平成 令和	15 年 7 月 25 日	被保険者との 続柄	長女
	⑥ 傷病	けがが...負傷日 けが以外...発病日	急性上気道炎	⑦ 第三者行為に よるものですか	いいえ・はい			
	⑧ 発病または負傷 原 及びその経過	平成 令和	1 年 5 月 10 日	(どこで)	家族旅行先で 急に熱が出てしまった			
	⑩ 診療を受けた 医療機関等	名称	□□病院		診療を担当した 医師氏名	○○△△		
	⑪ 診療の期間 (立替払い の場合)	平成 令和	1 年 5 月 10 日	から	日数	診療区分	入院の場合、その入院期間	
	⑫ 装着日 (治療用装 具の場合)	平成 令和	年 月 日	入院 外来	1 日	入院 外来	平成 令和	年 月 日から 年 月 日まで
	⑬ 診療の内容	診察、薬の処方			⑮ 診療に要した費用の額	6,200 円		
	⑭ 療養の給付を受 けることができな かった理由	1. 保険証を持っていなかったため (理由: 旅行先に保険証を携行しなかった 2. 誤って前の保険証を使用したため 3. 治療用装具を作成したため			該当する数字を○ で囲んでください。			

被保険者名をご記入く
ださい。(被扶養者に関する
申請でも、申請者は被保
険者となります)

「はい」の場合は他に提
出いただく書類がありま
すので、健保までご連絡
ください。

医師、薬剤師の名前が不
明の場合は空欄

「治療用装具の場合」の
各項目は、立替払いの申
請の場合は、記入不要で
す。

⑭の理由が1の場合は医
療機関窓口で支払った額、
2の場合は前の健保に支
払った額です。

(申請者)被保険者名義
の口座をご記入ください。
申請者名義以外の口座
を記入する場合は、下記
の委任状の記入が必要
です。

振込希望口座	銀行・信組 金庫・農協	△△△	支店・出張所
[金融機関コード]	1 2 3 4	[店番号]	1 2 3
預金種別	口座番号	フリガナ	ケンボ タロウ
<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	1 2 3 4 5 6 7	口座名義	健保 太郎

◎給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状へ記入してください。

私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※口にチェックを入れて下さい。

事業主の選定した保険給付金受領代理人
 その他の受領代理人

委 任 状	被保険者 (申請者)	住所 氏名
	受取代理人情報	〒
	代理人住所	TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
	代理人氏名	フリガナ

〔備考〕
被保険者名義以外の口
座への振込を希望する
場合は、委任状の記入
押印が必要です。
「その他の受領代理人」
を選択した場合は、振
込希望口座欄も記入し
てください。

社会保険労務士の提出代行者証明
欄

YG健康保険組合

R3.2.1

【添付書類】

申請事由	添付書類
やむを得ない理由により、保険証を提出することができず自費で診療を受けたとき	①診療報酬明細書(レセプト)の原本 ②領収書の原本
国民健康保険など他の保険者の保険証を使用し、医療費の返還を行ったとき	①診療報酬明細書(レセプト)の写し ※封を開けずに添付してください ②医療費を返還した際の領収書の原本