

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)記入方法

医療費を自費負担した場合、当健保組合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、被保険者ご自身がご記入ください

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記入してください。

添付書類をご用意ください。(コピーと指定していないものは原本が必要です)

医療費を自費で支払ったとき (立替払)	○診療内容を記載した証明書 ○診療報酬明細書(傷病名の記載があるもの) ○領収書(領収明細書) ○診療に要した費用を証明した領収書
国民健康保険など 他の保険者の保険証を使用したため、医療費の返還を行ったとき	○診療報酬明細書 ○医療費を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せずに封筒ごと添付してください。) ○領収書 ○医療費を返還した保険者(国民健康保険等)から交付された領収書
限度額適用・標準負担額減額認定証を提示しなかったことにより、入院時に支払った食事療養費を減額されない金額で支払ったとき	○領収書 ○食事療養について支払った費用を証明した領収書 ○限度額適用・標準負担額減額認定証の写し ○上記の証をお持ちでない場合で、被保険者が市区町村民税非課税の場合は、非課税である証明書(非課税証明書等)を添付してください。
生血液輸血したとき	○輸血証明書 ○輸血回数が記載されたもの ○領収書 ○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
ケガ(負傷)による申請の場合	「負傷原因届」 ※当組合から送付いたしますのでご連絡ください。また、協会けんぽのホームページからダウンロードした用紙でも受付けています。
第三者による傷病の場合	「第三者行為による傷病届」 ※詳しくは、当組合までお問い合わせください。
被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合	○相続人が当組合の被扶養者ではない場合 ○被保険者との続柄のわかる「戸籍謄本」等
臍帯血を搬送した場合等	○領収書 ○搬送に要した費用を証明した領収書 ○以下の事項を記載した医師または歯科医師の意見書 ○傷病名、搬送理由、搬送元・区間(詳細な経路)・期間・回数

注1) 海外で治療したときは、当申請とは別の申請書(海外療養費支給申請書)にてご申請ください。

注2) 当組合では、療養費の支給決定後、ご提出書類の返却はできません

自治体等の医療費助成の際はコピー又は原本の提出の要否について事前に自治体等にご確認ください。

ご提出・お問い合わせ先

栃木県トラック健康保険組合 〒321-0169 栃木県宇都宮市八千代1-5-12 電話：028-645-3105

記入例

1ページ

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。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)
家 族

1 2
被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証 (右づめ)	記号 1 1 2 3	番号 4 5 6	生年月日 年 月 日 昭和 5 0 0 3 2 6 平成
	氏名・印	(フリガナ) 2 健 保 太 郎		
	住所	(〒 3 2 1 - 0 1 6 9) 栃木 都 道 宇都宮市〇〇1-1 △△マンション 101		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090-XXXX-XXXX		
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)				

振込先指定口座	金融機関 名称	〇〇〇	銀行 金庫 信組 〇〇〇 農協 漁協 〇〇〇 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	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 左づめでご記入ください。
	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
		ケン ホ 〇 タ ロ ウ		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)

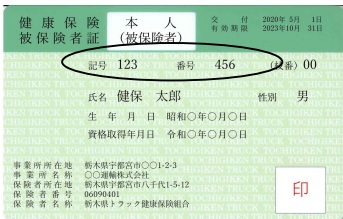
受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	氏名・印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒 -) TEL () (フリガナ) 氏名・印	
		委任者と 代理人との 関係	

「被保険者(申請者)記入用」は2ページに続きます。》》》

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です 被保険者のマイナンバー記載欄	(01.05) 受付日付印
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	

1

記号・番号は、保険証に記載されています。



2

家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。

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

マイナンバーにより被保険者の課税情報(所得情報)の情報連携を希望する方は、マイナンバー記載欄へマイナンバーをご記入ください。マイナンバーの情報連携により被保険者の課税情報を確認します。

また、マイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。※1 貼付台紙兼マイナンバー情報連携申出書※2に㊦ ㊩どちらも貼付し、申請書に添付してください。

㊦ 身元確認を行うための書類(いずれか1点)

・被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、
その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

㊩ 番号確認を行うための書類(いずれか1点)

・被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号の通知カードのコピー(記載情報と現況に相違のないもの)、
被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

※1 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

※2 当組合までご連絡いただくか、協会けんぽのホームページからダウンロードした用紙もお使いいただけます。

なお、マイナンバー情報連携を希望しない場合は、記入不要ですが、非課税である証明書を添付してください。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

健 保 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	健 保 祐 太	生年月日 18 年 10 月 20 日	
	2 傷病名	左足首捻挫	3 発病または負傷年月日 4 年 1 月 10 日	
	4 発病の原因および経過(詳しく)	2 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	診療した医師等の氏名
		〇〇総合病院	栃木県栃木市〇〇2-2	〇〇 〇〇
	名称	所在地	診療した医師等の氏名	
		〇〇薬局	栃木県栃木市〇〇2-4	〇〇 〇〇
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 3 日 0 4 0 1 2 0 から 0 4 0 1 3 1		
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 日 から		
7 療養に要した費用の額	7 8,500 円			
8 診療の内容	診療の上、湿布薬を処方された			
9 療養費の支給申請の理由	3 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 9. その他 (理 由)			

4

受診者が複数いる場合は、申請書をそれぞれ作成する必要があります。

5

ケガ(負傷)による申請の場合は、「負傷原因届」を添付してください。

6

自費で診療を受けた期間もしくは、入院時に支払った食事療養費の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もしくは、食事療養費を支払った日の数をご記入ください。

7

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。

療養費の支給要件等

支給を受ける条件

やむを得ず保険証を提示できず自費で受診したときなど、次に該当する場合に、当組合がやむを得ないと認めたときに療養費が支給されます。

- ❶ 保険証の交付を受けるまでの間に傷病にかかり、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
- ❷ 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
- ❸ 当組合の加入期間に、資格がなくなった他の保険者（国民健康保険など）の保険証を使用して診療等を受け、医療費の返還を行ったとき
- ❹ 限度額適用・標準負担額減額認定証（※）を提示しなかったことにより、入院時に支払った食事療養費を減額されない金額で支払ったとき
※被保険者の市町村民税が非課税である場合、当組合に負担額減額申請を行うことで発行される医療費（自己負担額）や入院時の食事代が減額される認定証です。
- ❺ 生血液の輸血を受けたとき（保存血を輸血した場合は、原則、保険診療の対象となるため療養費を請求する必要はありません。）
- ❻ 臍帯血等を搬送したとき

支給額

申請書に添付された診療報酬明細書等により、当組合が「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、加入者が負担すべき額を差し引いた額が療養費として支給されます。

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	
一部負担金等相当額	払いもどされる額（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。

臍帯血等を搬送したときは、この算定方法によりません。