

療養費支給申請書（立替払等） 記入例・添付書類

全国硝子業健康保険組合 業務1課給付係 03-3634-3482

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書		立替払・治療用具	
被保険者情報	① 被保険者等 記号・番号	記号 123 番号 567	事業所名称 △△ガラス株式会社
	② 氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日 平成 3 年 5 月 1 日
	住所	〒 123 - 4567 東京都〇〇区××	電話番号 (日中の連絡先) 080 (1234) 5678
		1-2-3 □□マンション457	提出委任 ☒ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合に ☒)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

※給付金の振込先は、被保険者口座または勤務先のいずれかになります。
被保険者口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、通帳の写しまたは、キャッシュカードの写しを添付してください。
勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者と受任者がそれぞれご記入ください。

③ 振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信託 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
④ 委任状	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受任者に委任します。 令和 7 年 4 月 1 日		
	氏名	健保 太郎		
	住所	東京都〇〇区××5-6-7		
	受任者 (事業主)	事業所名	△△ガラス株式会社	
	氏名	代表取締役 ○山 △男		

申請内容	受診者(どちらかに ☒)	☐ 被保険者 ☒ 家族(被扶養者)	⑤ 第三者行為に よるものですか	はい <u>いいえ</u>
	家族の場合はその方の	氏名 健保 保	生年月日 令和 2 年 3 月 9 日	続柄(長男)
	⑥ 傷病名	急性気管支炎		発病又は負傷年月日 (療養開始日) 令和 7 年 3 月 1 日
	発病又は負傷の 原因及びその経過 (けがの場合は、どこで どのように負傷されたか)	原因	咳がひどく発熱したため受診した。	
		経過	良好	
	⑦ 診療を受けた病院等	名称	〇〇総合病院	
		所在地	東京都〇〇区××9-8-7	診療した医師の氏名 保険 △子
	診療期間(支給期間)	令和 7 年 3 月 1 日から 令和 7 年 3 月 1 日まで (日数 1 日)		
	上記期間に入院して いた場合はその期間	年 月 日から 年 月 日まで (日数 日)		
	療養に要した費用	×, × × × 円	診療の内容	診察・投薬を受けた
療養の給付を受ける ことができなかった理由	マイナ保険証を自宅に忘れ、自費で診療を受けたため			

⑧ 同意欄	この申請に係る健保組合からの問合せを事業所の担当者を通じて行うことに同意します。	受付日付印
	被保険者(申請者)氏名 健保 太郎	

※訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名(サイン)をご記入ください。

全国硝子業 健康保険組合

(令7.4)

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「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書（保険証）」に記載されています。

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、振込先口座も同様です）。また、戸籍謄本等の原本（被保険者との続柄がわかるもの）を添付してください。

③ ④ 給付金の振込先は、被保険者口座または勤務先のいずれかになります。
被保険者口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、通帳の写しまたは、キャッシュカードの写し（銀行名、口座番号、口座名義等がわかるもの）を添付してください。
勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者と受任者がそれぞれご記入ください。

⑤ 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。
詳しくは、当組合にお問い合わせください。

⑥ 傷病名がケガ（骨折・捻挫・打撲・火傷等）または外傷が原因の傷病の場合は、別途「負傷原因届」を添付してください。（組合ホームページ申請書一覧：給-16）

⑦ 医師氏名、薬剤師氏名が不明の場合は空欄としてください。申請書は、医療機関・調剤薬局ごとに作成してください。

⑧ 申請に不備等があった際の健保組合からの問合せについて、事業所担当者経由で行う場合は「同意欄」に氏名をご記入ください。記入がない場合は、「被保険者情報」に記載された連絡先へご連絡いたします。

* 訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名(サイン)をご記入ください。

* 消せるボールペンは使用しないでください。 * 年号は和暦・西暦のどちらでもかまいません。

添付書類

医療機関等の窓口で診療に要した費用の 全額を自己負担している場合	① 診療内容を記載した証明書（診療報酬明細書） 医療機関等で発行された診療明細書 （傷病名、診療内容の記載があるもの）を添付してください。 ※上記の診療明細書は、会計の際に発行されるものではありませんのでご注意ください。 添付できない場合は、「診療明細書（別紙）」に医療機関等の証明の受けるか、 別途、医療機関等の窓口にて「診療報酬明細書」の発行を依頼してください。
	② 医療機関に支払った領収書の原本
当組合の資格はあるが、以前加入していた 保険証で医療機関等を受診し、前保険 者へ診療に要した費用を返還した場合	① 診療（調剤）報酬明細書（前保険者より交付を受けてください。）
	② 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