

記入例では以下のケースについて記載しています。
また、一番下のページで各項目の英語表記を案内しています。(提出は日本語の様式で、書面をお願いします。)

This example describes the following cases.

The bottom of the page shows the English notation of each item. Please submit the form in Japanese on paper, not by e-mail.

- ①保険証を持たずに受診したとき
- ②9歳未満のお子様が治療用眼鏡を購入したとき
- ③治療用装具を購入したとき
- ④前加入健保より返還請求があったとき

保険証を持たずに受診したとき

※本人・家族に○記入

※提出回数を記入

被保険者証等の記号番号は、健保HPログイン or マイナポータルにて確認可能です。

健康保険 被保険者・家族療養費支給申請書 (第 1 回)

被保険者証等の 記号番号	記号	〇〇		被保険者 資格取得日	平成	年	月	日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	令和	年	月	日
	番号	〇〇〇〇〇			令和	〇	〇	〇		〇	〇	〇	〇
被保険者 (請求者) 氏名	フリガナ	ケンボ タロウ			被保険者 住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇マンション△△号室							
	健保 太郎			電話 00 (1234) 5678									
生年月日	昭和・平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日						
事業所名 及び電話	EY〇〇〇〇〇〇				電話 00 (4321) 8765			GUI		〇〇〇〇			
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(事業所経由で提出する場合は ☒)													
療養が被扶養者の ときは、その 者の氏名	健保 花子				続柄	妻		生年月日	昭和	年	月	日	
	令和	〇	〇	〇	5	1	1	傷病名	急性上気道炎				
発病又は 負傷年月日								発病又は 負傷の原因 及び経過		不詳。5月11日の夜に発熱。			
								第三者の行為に よるものですか		いいえ・はい			
診療を受けた 医療機関	名称	〇〇病院			診療を担当 した医師名	〇〇 〇〇							
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町2-2-2											
診療の期間 (支給期間)	自	年	月	日	日数	※診療実日数を記入			入院の場合左記の入院期間			診療に要した費用の額	
	至	年	月	日	2	入院	自:令和	年	月	日	日間	15,000 円	
		〇	〇	0	5	1	2						
		〇	〇	0	5	1	5	2	入院	至:令和	年	月	日
診療の内容	問診、解熱剤の処方。3日後に経過観察を行った。												
療養の給付 を受けることが できなかった理由	旅行先で保険証を持参しておらず、自費診療扱いとなったため。												
振込 指定 口座	〇〇〇〇				銀行・金庫 信組・農協	金融機関コード				本店		支店番号	
	預金種別				普通・その他 ()	(フリガナ)				ケンボ タロウ		支店	
	口座番号				0 9 8 7 6 5 4	口座名義				健保 太郎		5 6 7	

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☒ 利用しない場合は振込先口座を記入。）
※口座情報の反映には登録から数日を要します。

- 添付書類（請求内容に応じた添付書類をすべて原本でご用意ください）

- ① 保険証を持たずに受診（立替払い）をしたとき
 - ・領収書
 - ・診療／調剤報酬明細書（レセプト※）
- ② 9歳未満のお子様の治療用眼鏡を購入したとき
 - ・領収書
 - ・療養担当に当たる医師の治療用眼鏡などの作成指示書
- ③ 治療用装具を購入したとき
 - ・領収書（治療用装具などの内訳書）
 - ・医師の同意書
 - ・靴型装具の場合は当該装具の写真
- ④ 前加入健保より返還請求があったとき
 - ・返金したことが分かる書類
 - ・診療／調剤報酬明細書（レセプト）

※領収書と一緒に渡される「診療明細書」とは異なります。窓口で発行依頼してください。
 ※自治体に医療費助成を申請される場合は、原本を組合に、コピーを自治体にご提出ください。
 ※輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは「医師の証明書」と費用の内訳が記載された「領収書・明細書」の原本を添付してください。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日提出

受付日付印

※被保険者証の記号・番号を記入した場合は下記の記載は不要です

・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となります

被保険者のマイナンバー記載欄

9歳未満のお子様が治療用眼鏡を購入したとき

※提出回数を記入

被保険者証等の記号番号は、健保HPログイン or マイナポータルにて確認可能です。

健康保険 被保険者・**家族** 療養費支給申請書（第 **1** 回）

被保険者（請求者）が記入するところ	被保険者証等の記号番号	記号 〇〇 番号 〇〇〇〇〇	被保険者資格取得日 令和 〇 〇 〇 〇 〇 〇	※本人・家族に〇記入		被保険者 令和 年 月 日	
	被保険者（請求者）氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎		被保険者住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇マンション△△号室		
	生年月日	昭和・平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		電話	00 (1234) 5678		
	事業所名及び電話	EY〇〇〇〇〇〇		電話	00 (4321) 8765		
	GUI		〇〇〇〇				
	☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（事業所経由で提出する場合は ☒ ）						
	療養が被扶養者のときは、その者の氏名	健保 光		続柄	二男		
	発病又は負傷年月日	令和 〇 〇 年 〇 月 〇 日	傷病名	小児弱視			
	発病又は負傷の原因及び経過	不詳。3歳児健診で指摘され、受診。			第三者の行為によるものですか	いいえ・はい	
	診療を受けた医療機関	名称 〇〇眼科	診療を担当した医師名	〇〇 〇〇			
所在地	〇〇県〇〇市〇〇町						
診療の期間（支給期間）	自 〇 〇 年 〇 月 〇 日	日数 〇 日	区 〇 区	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	診療に要した費用の額 35,000 円	
診療の内容	上記疾病の治療のため、医師より小児治療用眼鏡の作成・装着を指示された。						
療養の給付を受けることができなかった理由	小児治療用眼鏡作成・購入のため						
振込指定口座	〇〇〇〇	銀行・金庫 信組・農協	金融機関コード 1 2 3 4	本店 △△△	支店番号 5 6 7	支店 ケンボ タロウ	
預金種別	普通・その他（ ）		(フリガナ) ケンボ タロウ				
口座番号	0 9 8 7 6 5 4		口座名義 健保 太郎				

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は ☒ 利用しない場合は振込先口座を記入。）
※口座情報の反映には登録から数日を要します。

■添付書類（請求内容に応じた添付書類をすべて原本でご用意ください）

- ① 保険証を持たずに受診（立替払い）をしたとき
・領収書
・診療／調剤報酬明細書（レセプト※）
- ② 9歳未満のお子様の治療用眼鏡を購入したとき
・領収書
・療養担当に当たる医師の治療用眼鏡などの作成指示書
- ③ 治療用装具を購入したとき
・領収書（治療用装具などの内訳書）
・靴型装具の場合は当該装具の写真
・医師の同意書
- ④ 前加入健保より返還請求があったとき
・返金したことが分かる書類
・診療／調剤報酬明細書（レセプト）

※領収書と一緒に渡される「診療明細書」とは異なります。窓口で発行依頼してください。
※自治体に医療費助成を申請される場合は、原本を組合に、コピーを自治体にご提出ください。
※輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは「医師の証明書」と費用の内訳が記載された「領収書・明細書」の原本を添付してください。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日提出

受付日付印

※被保険者証の記号・番号を記入した場合は下記の記載は不要です

・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となります

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※提出回数を記入

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書 (第 1 回)

被保険者（請求者）が記入するところ

※口座情報の反映には登録から数日を要します。

- 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日提出

-
 受付日付印

被保険者のマイナンバー記載欄

前加入健保より返還請求があったとき

※提出回数を記入

被保険者証等の記号番号は、健保HPログイン or マイナポータルにて確認可能です。

健康保險 被保險者・家族 療養費支給申請書 (第 1 回)

※本人・家族に○記入

被保険者証等の 記号番号	記号	〇〇		被保険者 資格取得日	平成	※本人・家族に〇記入						令和	年	月	日	
	番号	〇〇〇〇〇			令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	資格喪失日 (喪失後の場合)	令和			
被保険者 (請求者) 氏名	フリガナ	ケンボ タロウ				被保険者 住所	〒000-0000									
	健保 太郎				〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇マンション△△号室											
生年月日	昭和・平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	電話 00 (1234) 5678								
事業所名 及び電話	EY〇〇〇〇〇〇						電話 00 (4321) 8765				GUI		〇〇〇〇			
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(事業所経由で提出する場合は ☒)																
療養が被扶養者の ときは、その 者の氏名					続柄					生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
発病又は 負傷年月日	令和		年		月		日	傷病名	診療報酬明細書のとおり							
発病又は 負傷の原因 及び経過	不詳。5月11日の夜に発熱。								第三者の行為に よるものですか				いいえ・はい			
診療を受けた 医療機関	名称	〇〇病院				診療を担当 した医師名	診療報酬明細書のとおり									
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町2-2-2										領収証の金額を 記入してください。				
診療の期間 (支給期間)	自	年	月	日	日数	※診療実日数を記入										
	〇	〇	0	6	1	3	日	場合左記の入院期間								
至	年	月	日					入院	自:令和	年	月	日	日間	15,000 円		
	〇	〇	0	6	1	6	2	入院	至:令和	年	月	日	日間	※領収書を添付すること		
診療の内容	問診、解熱剤の処方。3日後に経過観察を行った。															
療養の給付 を受けること ができなかった理由	誤って前職の保険証を提示して受診したため。															
振込指定 口座	〇〇〇〇				銀行・金庫 信組・農協	金融機関コード				△△△			本店	支店番号		
	預金種別				普通・その他 ()				(フリガナ)				ケンボ タロウ			
	口座番号				0 9 8 7 6 5 4				口座名義				健保 太郎			

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☒ 利用しない場合は振込先口座を記入。）

※口座情報の反映には登録から数日を要します。

■添付書類（請求内容に応じた添付書類をすべて原本でご用意ください）

- ① 保険証を持たずに受診（立替払い）をしたとき
・領収書 ・診療／調剤報酬明細書（レセプト※）
- ② 9歳未満のお子様の治療用眼鏡を購入したとき
・領収書 ・療養担当に当たる医師の治療用眼鏡などの作成指示書
- ③ 治療用装具を購入したとき
・領収書（治療用装具などの内訳書） ・医師の同意書
・靴型装具の場合は当該装具の写真
- ④ 前加入健保より返還請求があったとき
・返金したことが分かる書類 ・診療／調剤報酬明細書（レセプト）

※領収書と一緒に渡される「診療明細書」とは異なります。窓口で発行依頼してください。
 ※自治体に医療費助成を申請される場合は、原本を組合に、コピーを自治体にご提出ください。
 ※輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは「医師の証明書」と費用の内訳が記載された「領収書・明細書」の原本を添付してください。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日提出

.....
 受付目付印

※被保険者証の記号・番号を記入した場合は下記の記載は不要です

・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となります

被保険者のマイナンバー記載欄

Application for reimbursement of medical expenses for insured persons and dependents

T o b e f i l l e d o u t t h e i n s u r e d (c l a i m a n t)	Number of the insured card		記号 番号		Date of acquisition of insured status	平成 令和	年	月	日	Date of disqualification (After loss)	令和	年	月	日	
	Insured's (claimant) name		フリガナ		Insured's address		〒								
	Birthday		昭和・平成		年	月	日	電話 ()							
	Office name & Telephone				電話 ()		GUI								
	☐ The submission of this application is delegated to the employer. (When submitting via sales office) ☒														
	Name of Dependent				Relationship				Birthday		昭和 平成 令和	年	月	日	
	Date of illness or injury		令和	年	月	日	Name of injury								
	Causes & course of illness or injury				Caused by a third party?		いいえ ・ はい								
	About the hospital where you were treated		Name of the hospital		Doctor's Name										
	Location														
Duration of treatment (Payment period)		自	年	月	日	日 数	区 分	入院の場合左記の入院期間		Amount of treatment costs					
		至	年	月	日	日	入院外	自:令和 年 月 日		日間		円			
		至	年	月	日	日	入 院	至:令和 年 月 日				※領収書を添付すること			
Details of medical treatment															
Reason why insurance treatment was not possible															
a c c o u n t		銀行・金庫 信組・農協		金融機関コード		本店		支店番号							
		預金種別		普通・その他 ()		(フリガナ)		支店							
		Bank Account No.				Bank Account Name									

☐ We will use the public money receiving account that you have pre-registered on the Myna Portal, etc.
(If you want to use it, enter ☒ the bank account to which you want to transfer it.))

* It will take a few days from registration for the account information to be reflected.

■ Attached documents (Please prepare all attached documents according to the content of the request in originals)

- (1) When you receive a medical examination (advance payment) without an insurance card
 - ・Receipts
 - ・Statement of medical treatment/dispensing fee (receipt*)
- (2) When you purchase therapeutic eyeglasses for children under 9 years of age
 - ・Receipt
 - ・Instructions for preparing treatment glasses, etc. of the doctor in charge of medical treatment
- (3) When a therapeutic orthosis is purchased
 - ・Receipt (breakdown of therapeutic orthotics, etc.)
 - ・Doctor's consent form
 - ・In the case of a shoe-shaped orthosis, a photo of the orthosis
- (4) When there is a request for refund from the previous health insurance society
 - ・Documents showing that the refund has been made
 - ・Statement of medical treatment / dispensing fee (receipt*)

* It is different from the "medical statement" given with the receipt. Please request issuance at the counter.

* If you wish to apply for a medical expense subsidy from the local government, please submit the original to the association and a copy to the local government.

* When applying for blood transfusions and therapeutic orthotics such as corsets, the "doctor's certificate" and the breakdown of the cost are included.