

健康保険（被保険者/家族）療養費支給申請書（立替払等）
記入上のご注意

医療機関窓口で医療費の全額を支払い、払い戻しを受ける場合等に本申請書ご使用ください。
なお本申請書に加え添付書類が必要です。ご提出は当組合へ直接ご送付ください。

【注意事項】

傷病の原因が工作中または通勤途中によるもので、労災に該当するときにはご申請いただけません。労災に該当するかは、労働基準監督署にご確認ください。第三者行為によるものであるときは、当組合までご連絡ください。

【記入方法】

次ページからの記入例をご参考ください。

【添付書類】※療養費支給申請書に加え下記添付書類が必要です。

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	■添付書類 ①診療報酬明細書（調剤薬局の場合は「調剤報酬明細書」） ※注意事項 医療機関等の窓口で「健康保険組合で払い戻しをしたいので診療報酬明細書をお願いします」とお伝えください。受診した際に窓口で渡される「診療明細書」は別物ですのでご注意ください。 ○「診療報酬明細書」 ×「診療明細書」 ②領収書（原本）
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	■添付書類 ①診療報酬明細書 ※注意事項 他健保の保険証を使用した場合、返金時に「開封厳禁」と記載された封筒（診療報酬明細書在中）を渡されます。そのまま開封せず当組合へご提出ください。 ②医療費を返還した際の領収書（原本）

療養費支給申請書の記入例は次ページ



○お問い合わせ 東宝健康保険組合 03-3212-8400

○申請書の送付先

〒100-0006

東京都千代田区有楽町 1-7-1 有楽町電気ビル北館 10 階

東宝健康保険組合 給付担当宛

健保記載欄			

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

医療機関窓口で医療費の全額を支払い、払い戻しを受ける場合等にご使用ください。なお記入方法および添付書類等については別紙記入例をご覧ください。

被保険者（申請者）情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の （右づめ）	1 2 3 4	5 6 7 8	☒ 昭和	4 8 0 9 1 0	
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎				
	住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇 都道府県 〇〇市〇〇町 〇〇番〇〇号〇〇				
電話番号 (日中の連絡先)		TEL 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇				

振込先指定口座	金融機関 名称	〇〇 銀行 金庫 信組 〇〇 本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 2. 当座 口座番号 1 2 3 4 5 6 7 右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。) ケンポ ° タロウ

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

健保 記載	決 裁 年 月 日	年 月 日
	支 給 額	円

受付日付印

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容

① 受診者

1

1.被保険者
2.被扶養者

氏名

同上

生年
月日☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和

48 年 9 月 10 日

② 傷病名

右足首ねん挫

③発病ま
たは負傷
年月日

令和 5 年 4 月 2 日

④ 仕事中（業務上）、通勤途
中の傷病ですか

2

1.はい →
2.いいえ

労災に該当するときには申請できません。労災に該当するかは、労働基準監督署にご確認ください。

⑤ 傷病の原因は第三者の行為
（交通事故やケンカ等）に
よるものですか。

2

1.はい
2.いいえ

「1.はい」の場合は当組合までお問い合わせください。

⑥-1
診療を受けた
医療機関等の名称

〇〇総合病院

⑥-2
⑥ 診療を受けた
医療機関等の所在地

東京都〇〇区〇〇

⑥-3
診療した医師等
の氏名

〇〇 〇〇

⑦ 診療を受けた期間

令和 0 5 年 0 4 月 0 2 日 から 令和 0 5 年 0 4 月 0 6 日

⑧ 療養に要した費用の額

9 6 0 0 円（右づめ）

⑨ 診療の内容

⑩ 療養費申請の理由

1

1. 被保険者証を持参できなかったことにより、医療費を全額自己負担したため
2. 他の保険者の被保険者証を使用し、医療費を返還したため
3. その他（理由

）

※本申請書以外に添付書類が必要です。詳細は記入上のご注意（別紙記入例の1ページ目）をご覧ください。