

療養費支給申請書(立替払、はり・きゅう、あんま・マッサージ)の提出について

- ・医療機関窓口で医療費を全額支払い、払い戻しを受ける場合等にご使用ください。
- ・申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。
- ・医療費の返還を受ける場合、申請書は診療報酬明細書ごと※に作成してください。
※1ヵ月ごと、医療機関別、入院・外来・調剤・歯科別

添付書類

■医療費を自費で支払ったとき ■他の保険者（国民健康保険など）の被保険者証を使用したため、医療費の返還を行ったとき	①診療報酬明細書 医療費を返還した保険者（国民健康保険等）から交付されたものが封かんされているときは開封しないで封筒ごと添付してください ②領収書 医療機関から発行されたもの 医療費を保険者（国民健康保険等）に返還した場合は保険者から交付された領収書
■はり・きゅう、あんま・マッサージを受けた場合	①領収書 治療内容の記載されたもの ②保険医の施術同意書 初回申請時と継続して受ける場合は6ヵ月ごとの提出が必要です

申請期限

健康保険給付を受ける権利は、受けることができるようになった日の翌日（消滅時効の起算日）から2年で時効になります。消滅時効の起算日は以下の通りです。

種類	消滅時効の起算日
医療費を自費で支払ったとき	医療機関に医療費等を支払った日の翌日
他の保険者（国民健康保険など）の被保険者証を使用したため、医療費の返還を行ったとき	診療を受けた日の翌日
はり・きゅう、あんま・マッサージを受けた場合	施術を受けた日の翌日

記入例 療養費支給申請書(立替払、はり・きゅう、あんま・マッサージ)

- ・申請書は、ボールペン等の消えないペンでご記入ください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、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
はり・きゅう
あんま・マッサージ

支給決定額	日	
健康使用欄	健保使用欄は記入不要です	
資格取得	昭和・平・令 年 月 日	資格喪失 令和 年 月 日

1 「資格確認のお知らせ」等に記載されている記号と番号をご記入ください

2 在籍者が申請する場合
☒を入れてください

3 在籍者は受取代理人の欄、喪失者は振込先指定口座をご記入ください

被保険者(右づめ)	記号 5 6 1	番号 0 0 0 0 0	生年月日 昭和・平・令 55 年 5 月 2 日
氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		事業所名称 ユニプレス(株)
住所	(〒 000 - 0000) 〇〇 市(道) 〇〇市〇〇町〇-〇		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 080 (0000) 0000		
☒ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)			

※在籍者が請求する場合は、「受取代理人の欄」を記入、喪失者の場合は、「振込先指定口座」を記入して下さい。

☐ 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☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) ☐ 口座情報の反映には登録から数日を受けます。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。			
振込先指定口座	(フリガナ) ケンポ タロウ 口座名義 健保 太郎	金融機関名称 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	口座番号 0 0 0 0 0 0 0 0
預金種別	1. 普通 2. 当座	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	左づめでご記入ください。

受取代理人の欄	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 5 年 12 月 12 日
氏名	健保 太郎
住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
代理人の事業所(工場)又は住所	
代理人の氏名	

- ・訂正は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入してください
- ・被保険者記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄にマイナンバーをご記入ください
- ・マイナンバー記載した場合は、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

備考	
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	

202310改定

受付日付印

ユニプレス健康保険組合

1/2

4 記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄にマイナンバーをご記入ください。
マイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。

- ①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)の写し、運転免許証の写し、パスポートの写し
 - その他官公署が発行する写真付き身分証明書の写し
- ②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)の写し、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

5

受診者が複数いる場合は、
受診者ごとに申請書を作成
してください

6

第三者行為(交通事故等)に
よる傷病については、健康保
険を使用するにあたり別途届
出が必要です。

7

領収書に記載されている金額
をご記入ください。

8

はり・きゅう、あんま・マッサージ
を受けた場合は「4.その他」を選
択し、理由に受けた施術をご記
入ください。

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

立替払
はり・きゅう
あんま・マッサージ

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 花子

生年月日

昭和 55 年 1 月 5 日

令和 25 年 1 月 5 日

2 傷病名

右足関節捻挫

3 発病または
負傷年月日

令和 5 年 10 月 22 日

4 発病または負傷の原因

(原因)

休日にランニングをしていたところ、段差で足を捻った

6

第三者の行為による傷病か

はい・いいえ

届出の有無

ある・ない

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

〇〇病院

〇県〇〇市〇〇町〇-〇

〇田 〇郎

6 診療を受けた期間

(令和)

5 年 10 月 22 日

から

5 年 10 月 22 日

まで

日数

1 日間

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

日間

7 療養に要した費用の額

4500

円

8 診療の内容

診察を受けて、痛み止めと湿布を処方された

8

9 療養費の支給申請の理由

2

1. 入社して間もなく、被保険者証が画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
4. その他 (理由)