支給決議書																												
伺年月日					令和　年　月　日									常務理事		事務長		経　理		扱　者								
支給年月日					令和　年　月　日																							
支　給　額					百万	拾万	万	千	百	拾	円																	
支給内訳	法定	款	項	目	百万	拾万	万	千	百	拾	円	資格	取得	年　月　日				扶養認定日										
													喪失	年　月　日				年　月　日										
	付加	款	項	目	百万	拾万	万	千	百	拾	円																	

KW

被保険者(申請者)記入用

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費 支給申請書(立替払等)

令和　年　月　日提出

(1/2)

被保険者(申請者)情報																												
被保険者等 記号・番号																												
記　号					番　号																							
事業所名称																												
業務の種類・内容(退職後の申請の場合は退職前の業務)																												
氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)																											
生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日																											
住所	〒　都道府県																											
電話番号(日中の連絡先)	(　　)																											
e-mail(任意)																												

振込先指定口座																												
金融機関名称 ※金融機関種別に〇で囲んでください																												
銀行 信用金庫 信用組合																												
金融機関記号																												
支店名称 ※支店種別を〇で囲んでください																												
支店 出張所																												
店番																												
預金種別	普通預金																											
口座番号																												
口座名義(カナ)																												

被保険者(申請者)・事業主記入用に続きます

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

R6.12更新

学研健康保険組合

健康保険 被保険者 被扶養者　　療養費　支給申請書（立替払等）

被保険者（申請者）・事業主記入用

被保険者氏名	

申請内容	1、受診者	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		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和
	2、傷病名		3、発病または負傷年月日	令和　　年　　月　　日	
	4、発病の原因及び経過（詳しく）	1、病気 ［　　］ 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	診療した医師の氏名	
		名称	所在地	診療した医師の氏名	
	6、診療を受けた期間	令 和　　年　　月　　日 ～ 令 和　　年　　月　　日 迄		日数	日
	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 ～ 令 和　　年　　月　　日 迄		日数	日
	7、療養に要した費用の額				
	8、診療の内容				
	9、療養費支給申請の理由	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、　緊急で、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、　他の保険者の被保険者証を誤って使用したため 4、　その他（理由）［　　］			

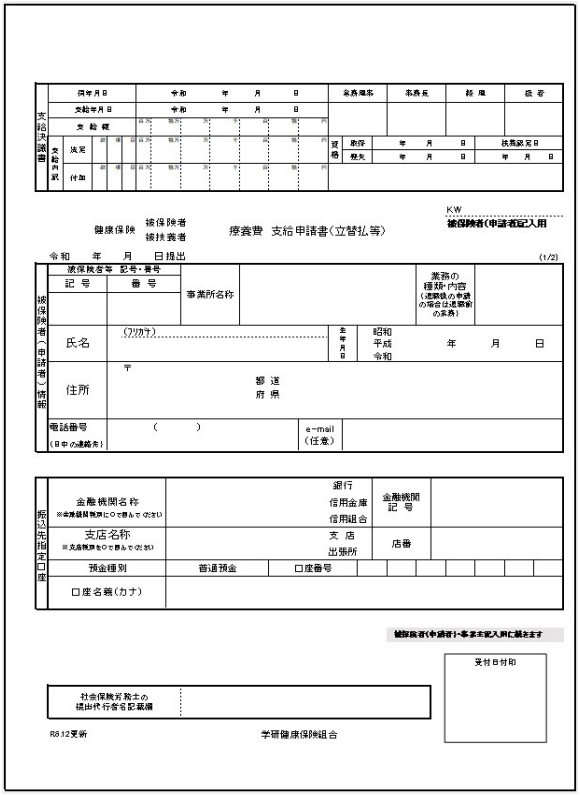
受付日付印

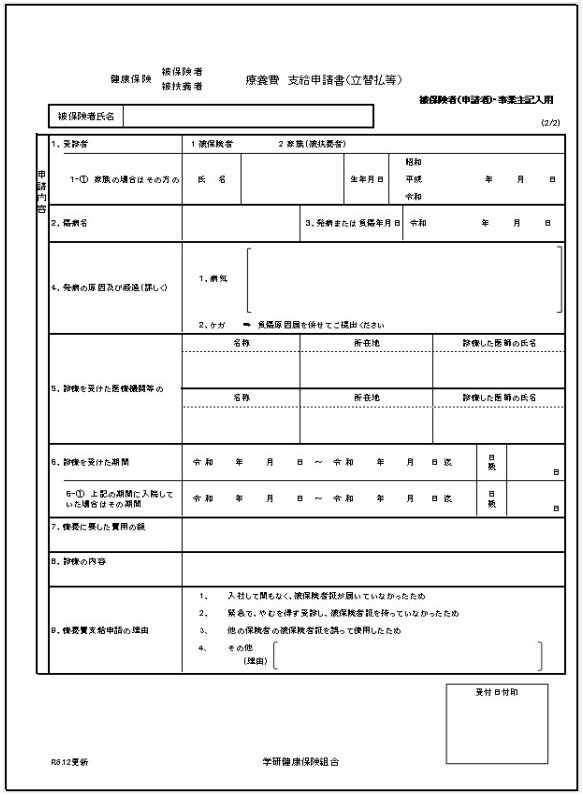
療養費（立替払等）

医療費を全額自己負担した場合、立替えた保険診療分について療養費が支給されます。

申請書は下記2枚です

家族（被扶養者）分の申請であっても、被保険者が申請してください。
対象者が複数の場合は、それぞれに申請書が必要です。
申請内容によって添付書類が異なりますのでご注意ください。





添付書類 （申請内容により異なります）

① 医療費を自費で支払った時（立替払）

- ・診療内容が記載された書類（診療報酬明細書・レセプト）
- ・領収書（領収明細）の原本

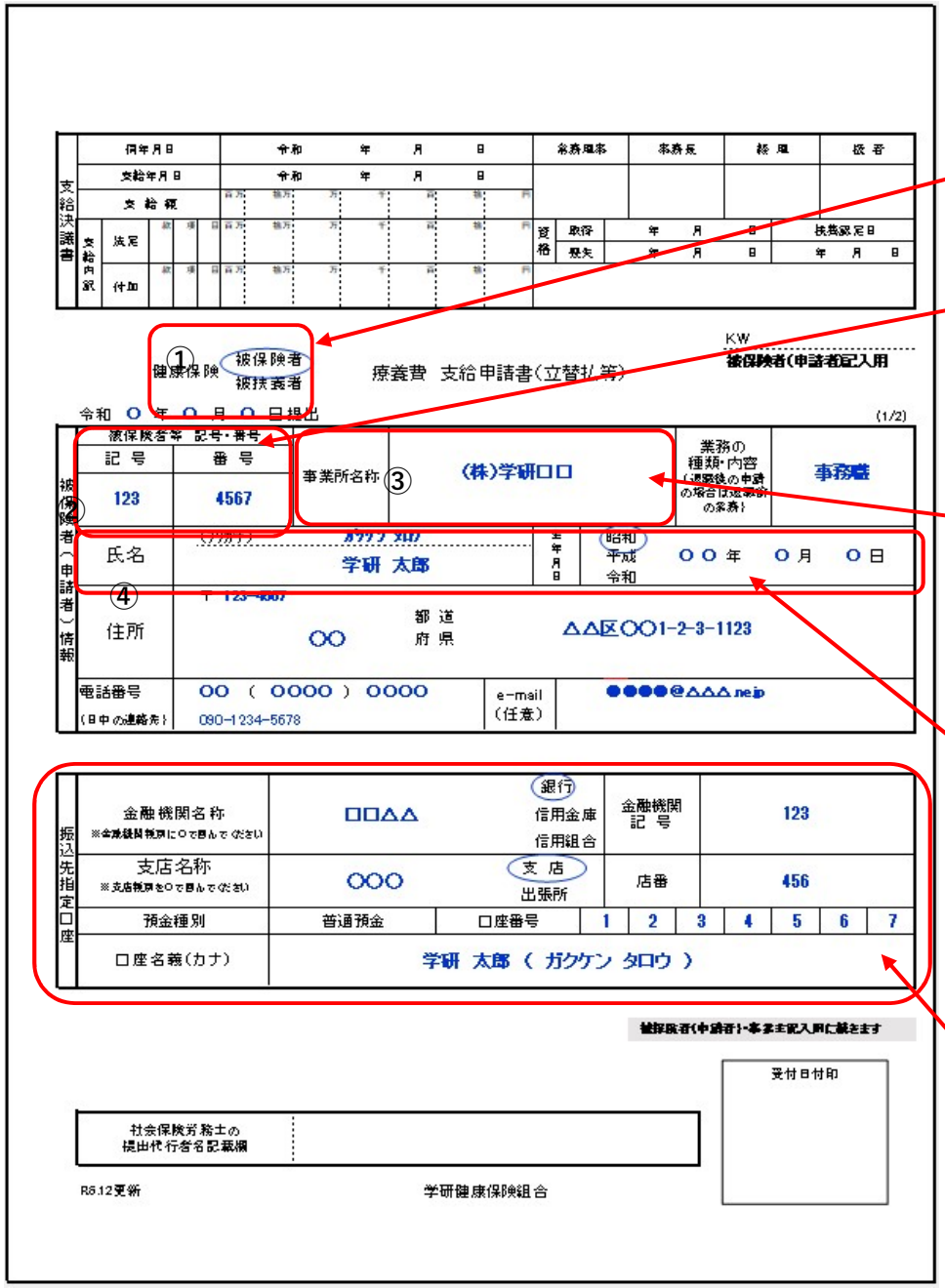
② 他健保（国保等）の保険証を使用し、医療費を返還した時

- ・ 医療費を返還した保険者から交付された診療報酬明細書
  （レセプトの入った封筒は開封せずに添付してください）
- ・ 領収書の原本
  （医療費を返還した保険者（国保等）から交付されたもの）

＊ ケガによる申請の場合は、負傷原因届の添付が必要です
交通事故の場合は、ご申請の前に当組合にご連絡ください。

＊申請書ご記入の際は、フリクションペン等消せる筆記具の使用は不可です。
申請書は楷書で丁寧に記入してください。ご提出の前に記入漏れ・添付書類の不足がないかをご確認ください。

【記入例　1】



両面印刷は不可

① 被保険者：本人
被扶養者：家族
いずれか申請対象を ○で囲んでください

② マイナポータルや「資格情報のお知らせ」等で、
記号・番号をご確認ください

③ 被保険者が所属する会社名を記入してください
（出向中の方は原籍を記入してください）

④ 被保険者氏名・生年月日を記入してください
＊被保険者が亡くなられてご遺族の方が申請される場合は、
被保険者名の横に、申請される方（法定相続人）の氏名を
かっこ書きで記入してください。
生年月日欄は、被保険者の生年月日を記入してください。
また、法定相続人が申請される場合は、別途書類が必要です。
詳しくはお問い合わせください。

⑤ 申請者名義の口座を記入してください
ゆうちょ銀行を希望する場合は、従来の口座番号（記号・
番号（13桁））ではなく、振込専用の店名（漢字3文字）
と口座番号を記入してください。

【記入例　2】

健康保険 被保険者 被扶養者　　療養費　支給申請書(立替払等)

被保険者(申請者)・事業主記入用

(2/2)

被保険者氏名	健保　太郎

申請内容

1、受診者	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		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
2、傷病名	急性気管支炎	3、発病または負傷年月日	令和　0 年　0 月　0 日	
⑥ 4、発病の原因及び経過(詳しく)	1、病気　重率　発熱のため救急外来を受診 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	診療した医師の氏名	
	〇〇病院	品川区△△□□	□□□医師	
	名称	所在地	診療した医師の氏名	
6、診療を受けた期間 ⑦	令和 0 年 0 月 0 日 ～ 令和 0 年 0 月 0 日迄		日数	0 日
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 ～ 令和　年　月　日迄		日数	日
7、療養に要した費用の額 ⑧	¥00,000			
8、診療の内容	吸入 、 点滴			
9、療養費支給申請の理由	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、緊急で、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、他の保険者の被保険者証を誤って使用したため 4、その他 (理由)			

受付日付印

R5.12更新　　学研健康保険組合

＊　受診者が複数いる場合は、それぞれに申請書が必要です

⑥　ケガによる申請の場合は、負傷原因届が必要です。
交通事故の場合は、別途書類が必要となります。
詳しくはご相談ください。

⑦　自費で診療を受けた期間および日数をご記入ください。

⑧　領収書の金額を記入してください。

＊支給条件について

やむを得ず保険証を提示できず自費で受診したなど、下記に該当する場合で、当組合がやむを得ないと認めたときに療養費の支給を行います

1）　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

2）　近くに保健医療機関がなく、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

3）　当組合の加入期間に、資格がなくなった他の保険者（国保など）の保険証を使用して診療を受け、医療費の返還を行ったとき