

立替払いの記入例

支払先 自費 国保 他保 () 付加	金額 円	取得日 年 月 日	喪失日 年 月 日	支払 期間 年 月 日	本人 年齢 歳	一 般(7割) 備	就 学 前(8割) 率	高 齢(8割) 率
健康保険 被保険者 家族		療養費支給申請書(立替払等)						

これ以上は記入しないでください。

1 被保険者等 記号番号	0000 000000	2 事業所 名称	佐川急便株式会社		
3 氏名	サカワ タロウ 佐川 太郎	4 被保険者 生年月日	昭・平 〇〇年〇〇月〇〇日		
5 住所	〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 日中連絡のこのTEL (090) XXXX-XXXX 〇〇市〇〇町1丁目1-10				
6 受診者名	佐川 花子	7 生年月日	昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日	8 続柄	妻
9 傷病名	右足関節捻挫	10 発病又は負傷 の日	平・令 7年10月16日		
11 傷病の原因はケガ、又は無病等(無病は被保険者のみ)ですか	いいえ (はい) → 「負傷原因報告書」を添付				
12 ⑩が⑪の場合、第三者行為によるものですか	いいえ (はい) → 「第三者行為による傷病届」を添付				
13 診察を受けた 医療機関等	〇〇病院	14 所在地	〇〇市〇〇町2-1	15 診察した医師等の氏名	健康 優
16 診察を受けた 期間	令和7年10月16日から 令和7年10月29日まで	17 診察の日数	3日間	18 受診の区別	入院・外発・薬局
19 公費負担(子ども・ひとり親・身障者助成制度等)の適用を受ける事ができますか	はい・いいえ				
20 申請理由	1. 加入手続き中等でマイナ保険証が使用できず、全額自己負担したため 2. マイナ保険証等を所持できなかったが緊急やむを得ず受診し、全額自己負担したため 3. 他の保険制度(国保等)で受診し、その医療費を返納したため 4. その他 ()				
21 退職者のみ記入	在職中(当組合の加入員)の方は記入不要です。				
22 振込先	任意継続者、退職者、被保険者が亡くなられ法定相続人が申請される場合はご記入ください。				
23 委任職	上記療養費の受領を健保代理受領口代理人に委任します。 令和7年11月18日 被保険者氏名(申請者) 佐川 太郎		(事業主記入欄) 健保代理受領口代理人氏名 (受付日付印)		

【注意事項】

- ・申請書は毎月を単位として、受診者ごと、病院・薬局ごと、医科・歯科ごと、入院・外来ごとに向けて作成してください。
- ・在職中の方は受領代理人が必要です。委任欄に記名のうえ事業所へ提出してください。
- ・ボールペン等、消えない筆記用具でご記入ください。鉛筆、消せるボールペン(フリクション等)は不可です。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線(黒)で抹消し、訂正印を押印のうえ正しい内容を記入してください。

「療養費支給申請書」は患者ごと、診療月ごと、病院(医科・歯科、入院・外来)・調剤薬局ごとに1枚必要になります。
詳しくは【記入上の注意】をお読みのうえご記入ください。

他の保険制度で受診した場合、⑨、⑩欄が不明な場合は空けておいてください。
必要に応じて「負傷原因報告書」等のご提出を依頼いたします。

⑪欄「負傷原因報告書」、⑫欄「第三者行為による傷病届」を既にSGホールディングスグループ健康保険組合にご提出いただいている場合は添付不要ですが、余白に「提出済」とご記入ください。

⑬欄が「薬局」の場合、⑬-a、⑬-b欄は調剤薬局の名称、所在地を、⑬-c欄は薬剤師名を記入してください。
⑬欄は調剤日(薬代を薬局へ支払った日)を記入してください。

⑱欄の申請理由が1~2(全額自己負担)の場合、医療機関に支払った金額を記入してください。
何日間かある場合は、同月に受診された日分の合計をご記入ください。
また、⑱欄の申請理由が3(他保険で受診)の場合、医療費を返納した金額を記入してください。

⑳欄は、在職中の方は事業主を通じてお支払いしますので必ず記名してください。