

療養費支給申請書【立替払用】
Claim Form for Coverage of Medical Expenses
【For reimbursement of medical expenses】

提出 Submitted		2025	年 (Y)	4	月 (M)	15	日 (D)
被保険者 The insured person	被保険者証 Insurance card	記号 Code 1	番号 Number 123456	社員番号 Employee ID Number	123456789		
	氏名 Name	健保 太郎		生年月日 Date of birth	1991	年 (Y)	12 月 (M) 31 日 (D)
	住所 Address	〒 999 - 9999 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション101号室					
	電話 Phone	(日中連絡先 Daytime contacts) 999-9999-9999					
	メール E-mail	abcd @ xyz.co.jp					

申請内容 Application details	受診者 Examinee	氏名 Name 健保 桜	<input type="checkbox"/> 被保険者 本人 Insured <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 家族 Dependents														
	傷病名 Injury and illness name	右ひざ靭帯損傷	受診者の生年月日 Date of birth of the examinee	2006	年 (Y)	3	月 (M)	3	日 (D)								
	発病の原因 Cause of onset		病状の経過 Course of medical condition														
	医療機関名称 The name of the medical institution you visited		医療機関の所在地 Address of medical institution														
	〇〇〇整形外科クリニック		東京都〇〇区〇〇町5-10														
	受診期間 Period of consultation	2	日間 Days	から From	2025	年 (Y)	3	月 (M)	15	日 (D)	まで To	2025	年 (Y)	3	月 (M)	30	日 (D)
	上の期間中の入院期間 Hospitalization period during the above period		日間 Days	から From		年 (Y)		月 (M)		日 (D)	まで To		年 (Y)		月 (M)		日 (D)
	療養に要した費用 Cost of treatment	25,630	円 JPY	診療の内容 Content of treatment	添付の領収書参照												
	支給申請の理由 Reason for application (該当に〇/circle the applicable person)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 受診者の被保険者証が届いていない <input type="checkbox"/> 2. 被保険者証を持たずに受診した <input type="checkbox"/> 3. 以前の被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> 4. その他 Other ()		「はい」の場合、「第三者の行為による傷害事故届」など追加の書類が必要となります。健康保険組合へ連絡してください。 If "Yes", additional documents such as "Notification of disability accident due to third party act" are required. Please contact the health insurance association.													
	第三者の行為による負傷か Is this the result of actions by a third party?	<input checked="" type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> いいえ No		The situation													

※受領委任する場合は、委任状に記入してください。* If you are appointing a recipient, please fill out the proxy.

委任状 Proxy	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 I entrust the person below to receive the benefits based on this claim.	年 (Y)	月 (M)	日 (D)
	被保険者 (申請者) Insured person(claimant)	氏名 Name		
	代理人 (実際に給付を受領する者) Representative (The person who will actually receive the benefits)	氏名 Name		

振込先 Transfer account	振込口座の情報を正確に記入して下さい 口座番号、口座名義人は特に注意してください Please fill in the transfer account information accurately	普通預金	〈普通預金〉をご利用いただきありがとうございます。	
	お名前 Kenbotaru Sama	本店 Main branch	支店 branch	普通 999 9999999
口座番号 Account number	口座名義人 Account holder	フリガナ Katakana		

添付書類 Documents for Attachment

1 保険証を持たずに医療機関を受診した場合は、診療行為ごとの点数又は金額の記載された領収書

※診療行為ごとの点数又は金額の記載のない領収書の場合は、医療機関の発行する診療報酬明細書 (レセプト) も提出

If you have visited a medical institution without an insurance card, receipts showing the amount of money for each individual medical treatment item. *In the case of a receipt that does not indicate the amount of money for each individual medical treatment item, medical cost and details issued by the medical institution should also be submitted. (Known as "Reseputo" in Japanese clinics)

2 前保険者に医療費を返還した場合は、前保険者から送付された領収書及び前保険者から送付された未開封の診療報酬明細書

If you returned medical expenses to the previous insurer, receipts sent by the previous insurer and unopened medical fee statements sent by the previous insurer.