

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 記入例

立替払・治療用装具・生血

| | | |
|--------|--|--|
| 被保険者情報 | ① 被保険者証 記号 54 番号 100 | |
| | ② 氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 | ③ 生年月日 昭平令 59 年 7 月 1 日 |
| | ④ 住所 〒 104 - 0042 東京 都道府県 中央区入船1-2-9 八丁堀MFビル6階 | ⑤ 電話番号 03 (5542) 8058 ※日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。 |
| | ⑥ 事業所 名称 ○○信用保証協会 所在地 東京都○○区○○0-0-0 | 電話番号 03 (0000) 0000 |
| | ⑦ 提出委任 <input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓) | |

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

| | | |
|------|---|--|
| 申請内容 | ⑧ 受診者 (どちらかに✓) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者) | ⑨ 業務中、通勤途中または第三者行為によるものですか※ はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |
| | ⑩ 受診者が家族(被扶養者)の場合 氏名 健保 花子 生年月日 昭平令 59 年 7 月 1 日 続柄(妻) | |
| | ⑪ 傷病名 右アキレス腱断裂 | ⑫ 発病又は負傷年月日(療養開始日) 平令 4 年 4 月 25 日 |
| | ⑬ 発病又は負傷の原因及びその経過(けがの場合は、いつ、どこでどのように負傷されたか) 原因 令和4年4月1日午後16時頃、日本橋川沿いをランニング中に負傷 経過 負傷当日に、健康病院に連れて行ってもらい応急処置を受けた。 その後、4月2日にすこやか病院で手術を行ない、治療用装具を作成した。 | |
| | ⑭ 診療を受けた病院等 名称 健康病院 他 所在地 東京都中央区入船1-2-9 他 | ⑮ 診療した医師の氏名 健康 太郎 他 |
| | ⑯ 診療期間(支給期間) 平令 4 年 4 月 1 日から 平令 4 年 4 月 25 日まで (日数 25 日) 上記期間に入院していた場合はその期間 平令 4 年 4 月 1 日から 平令 4 年 4 月 25 日まで (日数 25 日) | |
| | ⑰ 診療の内容 健康病院では、手術が行えなかったため右足を動かないよう固定した。 すこやか病院でアキレス腱の縫合手術を行なった。 | |
| | ⑱ 療養に要した費用(治療用装具の金額) 100,000 円 | ⑲ 治療用装具 装着日 平令 4 年 4 月 23 日 |
| | ⑳ 療養の給付を受けることができなかった理由(該当箇所) <input checked="" type="checkbox"/> 入社して間もなく、保険証が届いていなかったため <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> 緊急でやむを得ず受診し、保険証をもっていなかったため <input type="checkbox"/> その他 (理由) <input type="checkbox"/> 誤って他の健康保険組合の保険証を使用したため | |
| | ㉑ 領収書等の原本返却(どちらかに✓) <input type="checkbox"/> 希望する <input checked="" type="checkbox"/> 希望しない ※他の健康保険組合の保険証を使用した場合における診療(調剤)報酬明細書の写は返却できません。 | |

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

| | | |
|--------|------------------------------|-------------------|
| 振込希望口座 | 金融機関名称 全国 銀行 金庫・信組 農協 その他() | 預金種別 普通・当座・その他() |
| | 口座番号 0 0 0 0 0 0 0 0 | |
| | 口座名義 (カタカナで記入) ケンポ タロウ | 口座名義区分 被保険者・代理人 |

| | |
|-----|--|
| 委任状 | 被保険者(申請者) 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 氏名 |
| | 代理人(口座名義人) 住所 氏名 被保険者との関係() |

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

記入上のご注意

- ①～④及び⑥は、被保険者の方の情報を記入してください。
- ⑤は、お勤め先の事業所の電話番号でも構いません。
- ⑦の提出を事業主に依頼した場合は、事業所宛に支給決定通知書を送付。依頼しない場合は、被保険者の当組合登録住所宛に支給決定通知書を送付。
- ⑨の「はい」に○をした場合は、傷病の原因が業務中または通勤途中によるもので、労働災害に該当するときはご申請いただけません。労働災害に該当するかは、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、別途「第三者行為による傷病届」が必要になりますので、ご申請前に当組合業務課までご連絡ください。
- ⑩は、⑧の家族（被扶養者）にチェック印した場合、家族（被扶養者）氏名、生年月日及び続柄を記入してください。子の場合の続柄は、「長男」、「二男」、「長女」等詳しく記入してください。
- ㉓が希望しないにチェック印、またはチェック印漏れの場合、領収書等の原本はご返却いたしません。
- 振込希望口座について
 - 振込先が被保険者（申請者）の口座の場合は、振込希望口座欄を間違いのないよう記入してください。
 - 給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、委任状欄をご記入のうえ振込希望口座欄に代理人の希望口座を記入してください。
- ゆうちょ銀行の口座を希望される場合、従来の口座番号（記号・番号(13桁)）ではなく、振込専用の店名（漢数字3文字）・預金種別・口座番号を記入してください。
- 健康保険被保険者家族療養費支給申請書と申請事由に合う添付書類を併せて、当組合までご送付ください。

【添付書類一覧表】

| 申請事由 | 添付書類 |
|---------------------------------------|--|
| 急病のため、保険証を持たずに受診したとき等 | ① 領収（明細）書の原本 ② 診療報酬明細書の原本、調剤明細書の原本または別紙「領収（診療）明細書に医療機関の証明を受けたもの ※傷病名、薬剤名、検査名等の記載があるもの ③ 調剤報酬明細書の原本、または調剤明細書の原本 |
| 国民健康保険など、他の健保組合の保険証を使用し、医療費の返還を行なったとき | ① 診療（調剤）報酬明細書の写し ※開封せずに添付してください ② 医療費を返還した際の領収書の原本 |
| 治療用装具（コルセット） | ① 領収書及び明細書（内訳書）の原本（②の医師の指示日以降の支払日のもの） ② 医師の意見書の原本（「医師が治療上装具を必要と認めていること」並びに「装着日」を確認できる証明書） ③ 靴型装具の申請に限り、装具（装具装着時）の現物写真 |
| 小児弱視等の治療用眼鏡等 | 9歳未満の小児で、「弱視」、「斜視」又は「先天性白内障の術後の屈折矯正」の治療として作成した眼鏡及びコンタクトレンズが対象。（アイパッチ及びフレネル膜プリズムについては、保険適用の対象外） ① 領収書の原本（フレーム、レンズ等それぞれの費用の内訳、対象者の名前が記入されており、②の医師の指示日以降の支払日のもの） ② 療養担当に当たる医師の治療用眼鏡等の作成指示等の写し（弱視等のための治療用眼鏡等を作成指示されたことが確認できる内容のもの） ③ 検査結果（②に検査結果の記載がある場合は不要） |
| 四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等 | 鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍の術後に発生する四肢のリンパ浮腫又は原発性の四肢のリンパ浮腫、慢性静脈不全による難治性潰瘍の治療のために、医師の指示に基づき購入したものが対象。 ① 領収書及び明細書（内訳書）の原本（②の医師の指示日以降の支払日のもの） ② 療養担当に当たる医師の弾性着衣等の装着指示等の写し（装着部位、手術年月日、患肢、着圧指示等が記入されているもの） ※「着圧指示」が30mmHg未満の場合、装着が必要な理由が「特記事項」欄に記載されていること。 ※「弾性包帯」の場合、包帯の装着を指示する理由が「特記事項」欄に記載されていること。 |
| 生血 | ① 領収書の原本 ② 輸血証明書の原本 |

※健康保険の給付を受ける権利は2年間で消滅します。

※療養費の時効の起算日については、「療養に要した（治療用装具の）費用を医療機関等に支払った日の翌日（当該療養を受けた日の翌日）」となります。