

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(第 回目)  
被扶養者  
【立替払・治療用装具・生血】

受付年月日	支払年月日

太枠内にご記入ください。

申請年月日 令和 年 月 日

◎ 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑦ 被保険者証 記号・番号	-	① 被保険者 (申請者) 氏名・印	⑩ 生年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	被保険者 ⑧ (申請者) 住所・TEL	〒 ( ) TEL ( )	事業所名称 所在地	虹技 株式会社 姫路市大津区勘兵衛町4丁目1番地 姫路 東京 北陸 名古屋 北九州		
	④ 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 ⇒	⑨ 氏名	続柄 ⑪ ※長男、 二女等	⑫ 生年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
	⑬ 傷病名	⑭ 発病または 負傷年月日		令和 年 月 日		
	⑮ 発病または 負傷の原因 および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 病気	⑯ 診療を受けた期間		⑰ 入院の場合は入院期間	
		<input type="checkbox"/> ケガ⇒第三者によるものですか (いいえ・はい)	令和 年 月 日から	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	令和 年 月 日まで
			⑱ 装具等の装着について指示を受けた日	⑲ 装具装着日		令和 年 月 日
	⑲ 装具等の装着について指示を受けた日		⑲ 装具装着日		令和 年 月 日	令和 年 月 日
	⑲ 診療を受けた 医療機関等 の	名称	所在地	医師等 の氏名		
	⑳ 療養に要した 費用の額	円	㉑ 診療の内容			
㉒ 療養費の 支給申請の 理由	1. 被保険者証交付前の受診 2. 緊急で被保険者証を持っていなかった 3. 治療用装具を作成したため 4. 生血液 5. その他 (理由)					
被保険者のマイナンバー記載欄 (㉓被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)						

㉔ケガの場合は『負傷原因報告書』をご提出ください。また、「第三者によるケガ」の場合は、『第三者行為による傷病届』他の書類もご提出ください。

受 領 方 法	<input type="checkbox"/> 本申請書に基づく給付金は、社内便にて受け取り、受領書を返送します。(※1万円未満)				
	<input type="checkbox"/> 本申請書に基づく給付金は、被保険者名義の下記金融機関口座に振込み願います。(※1万円以上)				
	銀行・信用金庫 農協	本店・支店 出張所	普通・当座	口座 番号	
年 月 日	被保険者氏名・印				⑳

※ 健 保 組 合 記 入 欄	支給支出決定年月日	令和 年 月 日	支給決定金額	円	支給方法	現金 振込	常務理事	事務長	担当者
	支給期間	令和 年 月 日	申請区分	1. 証交付前受診 4. 生血 2. 証所持せず 5. その他 ( ) 3. 治療用装具作成	備考				
	自	令和 年 月 日							
	至	令和 年 月 日	日間						

## 【療養費(立替払・治療用装具等) 支給要件・添付書類】

### 支給要件

健康保険では、保険医療機関等の窓口にて被保険者証を提示すれば、一定の割合の自己負担で診療や治療、薬剤の提供を受けたりすることができます。しかし、治療用装具を購入した場合等を含め、やむを得ない事情により自費で受診したとき(※)などは、その費用のうち保険者(健康保険組合)がやむを得ないと認めた分については、『療養費』として後から払戻されます。

(※)旅行中、すぐに手当を受けなければならない急病やけがとなったが、近くに保険医療機関がなかったため、やむを得ず保険医療機関となっていない病院で自費診療をしたときなどがこれにあたります。この場合、やむを得ない理由が認められなければ、療養費は支給されません。海外での診療・治療・薬剤の提供については『海外療養費』申請書をご提出ください。

### 療養の種類と申請理由

療養の種類	No.	「㊦」申請理由(状況)
立替払	①	就職後、保険者証の交付までに医療機関等で受診した。または被保険者証を所持していなかったが、緊急を要したためやむを得ず自費で診療を受けた。
	②	近くに保険医療機関がなく、緊急を要するためにやむを得ずその医療機関で受診し、保険者が認めたとき。
治療用装具	③	医師の指示により、コルセット、関節固定器や義手、義足、義眼などの治療のため必要な装具を購入し、装着したとき。
		9歳未満の小児が小児弱視等の治療で眼鏡やコンタクトレンズを購入したとき。(更新の場合、年齢や装着期間によって支給対象とならない場合があります。)
生血液	④	生血液の輸血を受けたとき(㊦保存血を輸血した場合は、原則、保険診療の対象になります)。
その他	⑤	感染症予防法により、隔離収容された場合で薬価を徴収されたとき。柔道整復師等から施術を受けたとき。

### 添付書類

立替払	①	<input type="checkbox"/> 診療内容を記載した『証明書』・『診療明細書』〔㊦傷病名の記載があるもの〕
	②	<input type="checkbox"/> 『領収書』・『領収明細書』の原本〔診療に要した費用を証明した領収書〕
治療用装具	③	<input type="checkbox"/> 医師の『意見および装具装着証明書』等 ○ 弾性着衣等の場合は、医療機関が発行した『弾性着衣等装着証明書』 ○ 小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は、医師の『眼鏡等作成指示書』
		<input type="checkbox"/> 『領収書』〔装具や眼鏡等の名称、種類および内訳別の費用額が記載された領収書の原本〕
		<input type="checkbox"/> 『検査書』〔小児弱視等の治療用眼鏡等の場合〕 <input type="checkbox"/> 『眼鏡等作成指示書』に視力等の検査結果が明記されていない場合は、視力等の検査結果のコピー
		<input type="checkbox"/> 『写真』※治療用眼鏡は不要 装具の写真<<上下左右から撮影したもの・タグ(読めるように)・ロゴ>> ※メールでも受付可
生血液	④	<input type="checkbox"/> 『輸血証明書』〔輸血回数が記載されたもの〕
		<input type="checkbox"/> 『領収証』原本〔血液にかかる費用額や移送にかかった費用額の内訳が記載されている領収書の原本〕

### 療養費の支給額

保険者が健康保険の基準で計算した額(実際に支払った額を超える場合は、実際に支払った金額)から、その額に一部負担割合を乗じた額を差し引いた額が療養費として支給されます。