

健康記入欄	記入例…赤文字部分を入力または記入し、記入もれなきよう、確認願います。	月 日
		月 日

必要書類…別シート「必要書類」を参照

※注意事項:すべて和暦で記入

健康保険 療養費等支給申請書

申請日 令和 2 年 12 月 12 日

被保険者 被扶養者

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 123	被保険者 の氏名	〇〇 〇〇	生年月日	昭 令 4 年 11 月 11 日
	事業所の名称	(株)J-オイルミルズ		日中の連絡先	123-1234-5678 会社貸与携帯	
	被扶養者に関する申請のとき	被扶養者 の氏名	〇〇 △△		生年月日	昭 令 2 年 10 月 10 日
	傷病名	新生児黄疸		発病又は負傷の日	昭 令 2 年 10 月 14 日	
	発病又は負傷の 原因およびその 経過	出生時、黄疸発症。塗り薬をもらい現在は治りました。				第三者行為によるものですか
	診療を受けた 病院等	名称	オイル病院		診療した医師の名前	〇△ □□
		所在地	〒104-0044 東京都中央区明石町8-1 17F			
	診療の期間	令和 2 年 10 月 14 日 ~ 令和 12 年 10 月 28 日 2 日間			診療に要した費用の額	20,500 円
	診療の内容	診察、ぬり薬をもらいました。		療養の給付を 受けることが できなかった理由	生まれたばかりのため、保険証がなかった。	
	<在職期間中に被保険者が申請する場合、本欄への記入をお願いします。>					令和 2 年 12 月 12 日

本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。

住所 〒100-0004 東京都千代田区大手町1-2-99

氏名 〇〇 〇〇

氏名を自署した場合は、押印不要です。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。	年 月 日
	被保険者 (請求者)	住所 〒
		氏名
	代理人の氏名と印	フリガナ
		氏名
	代理人の住所 〒	

・在職中の方は記入不要
・相続人が申請の場合のみ、本欄とともに支払金融機関欄の記入をお願いします。

支払金融機関欄

・在職中の方は記入不要
・退職者で「在職中に生じた療養費を申請」の場合および任意継続者、相続人が申請の場合に記入してください。

受付日付印

社会保険労務士
提出代行者の印

療養費等支給申請書に必要な添付書類

- ・申請事由により必要書類が異なりますので、確認ください。
- ・以下の書類はすべて原本を提出
- ・提出された書類は、一切返却することができません。必要な方は事前に写しをお取りください。
(市区町村で実施している乳幼児医療助成の申請に必要な方も同様をお願いします。)
- ・申請された書類は健康保険法に則り、所定の審査の後に支給の可否決定を行います。

申請事由	申請書に添付する書類
急病のため、保険証の提示ができなかったとき	①領収書原本 ②診療報酬明細書…領収書を発行した保険医療機関に依頼をして 無料で交付される書類です。 「健保組合へ療養費の申請をするため、『診療報酬明細書』を発行してください。」と申し出てください。 注1) ①に付随している診療明細書とは別の書類です。代用はできません。 注2) 別に処方せんの交付を受けて、薬局で薬を受け取った場合は、 上記同様に各々療養費等支給申請書が必要です。(医科で1枚、薬局分で1枚)
当健保加入前の保険証を使用し、医療費を請求されたとき	上記に準じて添付 ※診療日が、当健保の資格取得日以降であることを必ず確認 上記①：加入前の保険者へ支払いした領収書原本 上記②：加入前の保険者から①と一緒に交付されますので、開封せずに添付 ※加入前の保険者とは健保組合・協会けんぽ・国民健康保険・共済組合等
治療用装具を作製するとき	必ず、事前に「療養費（治療用装具）申請に関する注意事項」をお読みください。
治療用装具を作製したとき	①装具の領収書原本 ②装具の種類や型番などを付した内訳明細書（①の裏面に記載の場合有） ③医師の意見書および装着証明書（交付料無料の書類） ④装具作製確認書（必要事項の記述、署名要） ⑤④で要請している装具の写真 ⑥④の書類 問9で求めている領収書および診療費明細書の写し
小児弱視等の治療用眼鏡等対象年齢 0歳から8歳	①領収書原本（宛先名が申請対象者のもの） 領収書に内訳明細の記載がない場合は フレーム・レンズ・オプション・加工代等内訳明細の記載のある書類を添付 ②医師による治療用眼鏡等の作成指示書（検査結果の記載があるもの） ※対象疾病の受診履歴がない場合は、 <u>受診に関しても各種確認・調査</u> を行います。
治療用弾性着衣等 【対象疾病は次の2つ】 1) 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 2) 慢性静脈不全による難治性潰瘍	①領収書原本（宛先名が申請対象者のもの） 弾性着衣の名称、種類、内訳の価格が記載されている領収書 注) 保険医療機関が発行した領収書は対象外（療養の給付に含まれるため） ②医師による弾性着衣等 装着指示書 左記1) の場合：（悪性腫瘍の術後・原発性）弾性着衣等 装着指示書 左記2) の場合：慢性静脈不全による難治性潰瘍のための弾性着衣等 装着指示書 ※装着指示書はいずれも厚生労働省指定の様式
医師の指示により生血を輸血したとき	①生血代金の領収書（親族からの輸血は対象外） ②医師の輸血証明書
国内における臓器等移植時の臓器の搬送等	} 本申請をする際は、事前に当健保組合へお問い合わせください。