

療養費支給申請書の手引き

申請の条件

健康保険では、保険医療機関の窓口で被保険者証を提示して診療を受けることが原則となっています。しかし、被保険者又は被扶養者にやむを得ない事情があり、保険証で診療を受けることができず自費で受診したときや、医師の指示により義手・義足・コルセットなどを装着した場合など、特別な場合にはその費用について基準として定められた額を療養費として支給します。

※業務上のケガ（労災）の場合は、健康保険は適用外ですので、療養費支給の対象外です。

いつまでに

速やかに提出願います。

※請求権の時効は、領収日から2年となりますが書類の提出は速やかにお願い致します。

どこへ

各事業所及び店所

提出枚数

申請書1枚につき、療養の給付を受ける対象者1人ずつ記入願います。

必要書類

※領収日から3ヶ月以上経過して申請する場合には、遅延理由書も必要となります。

◎装具等を購入した場合

療養費支給申請書<装具用>+傷病の治療のために装具等を必要と認めた医師の同意書等
+装具等の領収書+装具等の明細書

◎自費で診療を受けた場合

療養費支給申請書<自費診療用>+領収書+診療報酬明細書

※調剤費用を申請される場合でも、薬局の診療報酬明細書が必要です。

◎資格喪失後に以前加入されていた健康保険を使って診療を受けた場合

療養費支給申請書<自費診療用>+領収書+診療報酬明細書

※以前加入していた健康保険へ診療費を返還し、領収書と診療報酬明細書を受け取って下さい。

記入上の注意

記入欄

療養費支給申請書<装具用>・<自費診療用> 共通項目

- A. 被保険者・被扶養者いずれか該当する方を○マル B. 記号 C. 番号
D. 被保険者名・印 E. 被保険者生年月日 F. 事業所コード G. 事業所名
H. 連絡の取れる電話番号 L. 診療を受けた医療機関名

※療養の給付を受ける対象者が被扶養者の場合、I.J. K.を記入して下さい。

- I.療養の給付を受ける対象者名 J. 続柄 K. 療養の給付を受ける対象者の生年月日

ここまで記入されましたら、療養費支給申請書<自費診療用>については下記1、
<装具用>につきましては下記2を参照のうえご記入下さい。

1.療養費支給申請書<自費診療用>

- M. 入院か、外来か該当する方を○マル N. 治療を受けた期間 O. 傷病名
P. 治療に要した費用 Q. 発病又は負傷した日時
R. 怪我の場合のみ負傷の原因を記入 S. 公費の医療費助成の受給について回答
T. 療養の給付を受けられなかった理由に○マル又は、記入
U. 委任状（ヤマト運輸退職後及び任意継続者の方は記入不要）

2. 療養費支給申請書<装具用>

- M. 傷病名 N. 立て替え費用（装具等購入にかかった金額） O. 発病又は負傷した年月日
P. 怪我の場合のみ負傷の原因を記入 Q. 公費の医療費助成の受給について回答
R. 療養費の支給を申請する理由に○マル又は、記入
U. 委任状（退職後及び任意継続者の方は記入不要）

（退職者記入欄）

退職後の方で、任意継続をされていない方は、振込先銀行名・支店名・口座番号・
口座名義・フリガナをご記入ください。

（事業主代理人記入欄）

事業主代理人の証明

< 自費診療 >

健康保険組合記入欄	受付	決裁	支払	常務理事	事務長	会計	課長	担当	健保NO			
	支給決議	支給額		被保険者取得年月日	年	月	日	入院	外来	歯科	調剤	
		法定			対象者資格取得年月日	年	月	日	診療日: 平成 年 月 日			
					対象者資格喪失年月日	年	月	日	領収日: 平成 年 月 日			
		付加高額の食事			続柄							
合計			高年齢受給者	100分の90(70)								

健康保険

A. 該当に○を

被保険者

被扶養者

療養費支給申請書

平成 年 月 日提出

被 保 険 者 記 入 欄	B.記号	11	C.番号	123456	D.被保険者名	健保 太郎	E.生年月日	昭・平 45.3.5	
	F.事業所コード	△△△△△	G.事業所名	〇〇〇〇	H.連絡先TEL	〇〇〇-〇〇〇〇			
	※対象者が被扶養者の場合は、I・J・Kもご記入下さい。								
	I.対象者名	健保 次郎		J.続柄	次男	K.生年月日	昭・平 16.8.1	(△△才)	
	L.診療を受けた医療機関名	〇〇総合病院		M.1.入院	2.外来	N.治療期間	平成 22.5.2 から	平成 22.5.2 迄	
	O.傷病名	右手首骨折		P.治療に要した費用	24,000 円				
	Q.発病又は負傷した年月日	平成 22年 5月 2日 AM / PM 11時頃							
	R.負傷の原因について記入して下さい。 (どこで、何をしているときに、どのように負傷しましたか。 ※怪我の方のみご記入下さい。 自転車で乗っていてバランスを崩して右側に転倒した際、咄嗟に体を庇うと右手を地面へ差し出した時に右手首を骨折してしまったもの。	S.市区町村の医療費の助成を受けていますか はい ・ いいえ 『はい』 の人のみお答え下さい。 受けている医療費の助成制度名をお答え下さい。 1. 乳幼児医療費助成制度 2. 母子(父子)家庭医療費助成制度 3. 重度心身障害者医療費助成制度 4. その他 ()							
	通勤途上でしたか	はい	T.療養の給付を受けられなかった理由 1. 保険証不携帯の為 2. 健康保険切替中の為 3. 資格喪失後に以前の健康保険証を使用した為 4. その他 ()						
	業務上によるものですか	はい							
第三者行為(交通事故・喧嘩等)によるものですか	はい								
退職後の方の振込先記入欄 ※在職中の方、任意継続の方は記入不要									
振込先	銀行		支店	フリガナ					
口座番号	口座名義								

委任状	U.この請求に係る療養費及び付加金の受領を事業主代理人に委任します。 氏名 健保 太郎
-----	---

事業主記入欄	上記の通り相違ない事を証明します。 平成 年 月 日 住所 〒104-0061 東京都中央区銀座2丁目16番10号 TEL 03(3541)3411 事業主代理人 ヤマト運輸株式会社 印 氏名 事業主代理人 人事総務部長 大谷友樹
--------	--