

# 健康保険 被保険者 療養費支給申請書

〔立替払、治療用装具等〕

◎ 立替払の申請をする場合は、個人単位、一月ごと、一医療機関等ごと（入院外来別、医科歯科別、調剤別）に1枚の用紙で申請願います。

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号		事業所 名 称			
	記号	番号				
	被 保 険 者 の 申 請 者	氏 名		生年月日		連絡先電話番号
		㊟		昭和 平成	年 月 日	
連絡先（送付先）住所						
〒 -						
診療が被扶養者に関するときはその方の	氏 名		生年月日		被保険者との続柄	
			昭和 平成 令和	年 月 日		
傷 病 名			発病または 負傷年月日	年 月 日 * 負傷の場合は→ _____ 時頃		
発病または 負傷の原因			第三者行為(事件・事故等)によるものですか? 1 : いいえ 2 : はい			
診療を受けた 病院等の名称						
診療の期間 (装具申請時は 費用の支払日)	自 : 平・令 年 月 日	診療日数	入院・入院外の別	診療(装具)に要した費用の額		
	至 : 日 日	日間	1 : 入 院 2 : 入院外	円		
診療の内容 (装具申請時は不要)			保険診療を受けられなかった理由 (装具申請時は不要)			
振込先 金融機関	労働金庫		本店	預金種別	1 : 普通	
	[ ]		支店			
店番号	口座番号	口座名義	(カタカナで記入)			

※「振込先口座名義」を、申請者以外の口座に指定する場合は、以下について記入・押印してください。

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			年 月 日	年 月 日 提出
	〒 -			受付日付印	
	被保険者 (申請者)	住所 氏名 ㊟			
代理人の 氏名と印	(フリガナ)	申請者 との関係			
代理人の 住 所	〒 -				

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認と本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

**【療養費として申請できるもの(例)】**

- 当健保組合の資格取得後、被保険者証の交付前に医療機関等へ受診し、自費で診療を受けたとき
- 医師の指示により、コルセット、関節固定器や義手(足)等の治療のため、必要な装具を作製して装着したとき
- 医師の指示により、四肢のリンパ浮腫、または慢性静脈不全による難治性潰瘍治療のための弾性着衣等を購入したとき
- 9歳未満の小児が小児弱視等の治療のため、眼鏡やコンタクトレンズを購入したとき
- 生血液の輸血を受けたとき、海外渡航中に診療を受けたとき（治療目的の渡航を除く） 等

次ページに添付書類の説明等があります。必ず確認してください。

【添付書類について】

療養費の申請内容により添付書類が異なりますのでご注意ください。

申請種別	必要な書類
立替払等	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 「領収（明細）書」 *宛名が無記名のレシートは不可* 診療に要した費用額が記載された「領収書の原本」を添付してください。</li> <li>● 「診療明細書、調剤明細書」 医療機関等で発行された「診療（調剤）明細書」を添付してください。 ただし、「領収書」内に明細（診察料・検査料・処置料・投薬料・調剤料・薬剤料等）の記載がある場合は省略可能です。</li> <li>● 傷病名が、けが等の外傷性の場合、「負傷原因届」を添付してください。 (初回申請時のみ)</li> </ul> <p>※ 海外で診療を受けた場合の添付書類については、労金健保までお問い合わせください。</p>
治療用装具	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医師の「意見および装具装着証明書」等               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ コルセット等装具作製の場合は、医療機関等が発行した「医師の意見書（同意書・証明書）および装具装着証明書」を添付してください。</li> <li>○ 四肢のリンパ浮腫、慢性静脈不全による難治性潰瘍治療のための弾性着衣等購入の場合は、医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」を添付してください。</li> <li>○ 小児弱視等の治療用眼鏡等購入の場合は、医療機関等が発行した「眼鏡等作成指示書」を添付してください。 ※ 「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写し」の添付が必要です。</li> </ul> </li> <li>● 「領収書」 *宛名が無記名のレシートは不可* <u>装具の型番や単価、眼鏡等の名称等、内訳費用額が記載された「領収書の原本」</u>を添付してください。</li> <li>● 傷病名が、けが等の外傷性の場合、「負傷原因届」を添付してください。 (初回申請時のみ)</li> </ul>
生血	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 「輸血証明書」 「輸血を必要と認めた医師の証明書（輸血の回数が明記されているもの）」を添付してください。</li> <li>● 「領収書」 *宛名が無記名のレシートは不可* 血液や血液の移送に掛かった費用額の内訳が記載された「領収書の原本」を添付してください。</li> <li>● 傷病名が、けが等の外傷性の場合、「負傷原因届」を添付してください。 (初回申請時のみ)</li> </ul>

【療養費の支給要件】

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、一定割合の自己負担金で診察や治療を受けたり、薬剤の提供を受けたりすることができます。しかし、やむを得ない事情により自費で受診したとき等は、その費用のうち保険者がやむを得ないと認めた分について、療養費として後から払い戻しが受けられます。

〔提出先・お問い合わせ先〕

〒101-0052

東京都千代田区神田小川町3-20 第2龍名館ビル4階  
全国労働金庫健康保険組合 業務部

TEL 03(5217)3162