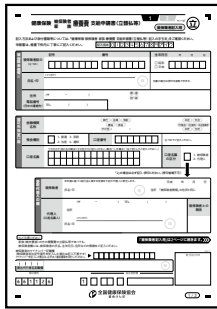


# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) 記入の手引き

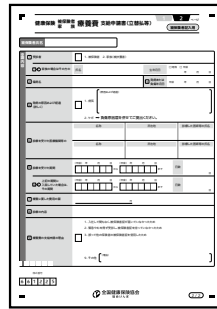
医療費を自費負担した場合、協会けんぽがやむを得ないと認めた分について支給を受けることができます。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ



2/2ページ



申請書は、家族(被扶養者)の療養費支給申請であっても、被保険者ご自身がご記入ください。被保険者が亡くなっている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

## 添付書類をご用意ください。

<p>■ 医療費を自費で支払ったとき (立替払)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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)</li> <li>● 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の原本</li> </ul>
<p>■ 国民健康保険など 他の保険者の保険証を使用し、 医療費の返還を行ったとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 診療報酬明細書 医療費を返還した保険者から交付を受けた診療報酬明細書(封かんされているときは開封しないで封筒ごと添付してください。)</li> <li>● 領収書の原本 返還請求された金額を支払ったことを証明する領収書の原本</li> </ul>
<p>■ 限度額適用・標準負担額減額認定証を提示しなかったことにより、入院時に支払った食事療養費を減額されない金額で支払ったとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 領収書の原本 食事療養について支払った費用を証明した領収書の原本</li> <li>● 限度額適用・標準負担額減額認定証の写し 協会けんぽに限度額適用・標準負担額減額認定証の申請をしていなければ、申請書に、申請していない理由を記載し、当該期間が非課税である証明書を添付してください。</li> </ul>
<p>■ 生血液を輸血したとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 輸血証明書 輸血回数が記載されたもの</li> <li>● 領収書の原本 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</li> </ul>
<p>■ ケガ(負傷)による申請の場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 負傷原因届</li> </ul>
<p>■ 第三者による傷病の場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 「第三者行為による傷病届」 詳しくは協会けんぽ都道府県支部にお問い合わせください。</li> </ul>
<p>■ 被保険者が亡くなられ、 相続人の方が請求する場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等</li> </ul>
<p>■ 臍帯血を搬送した場合等</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 領収書の原本 搬送に要した費用を証明した領収書の原本</li> <li>● 以下の事項を記載した医師または歯科医師の意見書 傷病名、搬送理由、搬送元・区間(詳細な経路)・期間・回数</li> </ul>

※海外で治療したときは、当申請書とは別の申請書(海外療養費支給申請書)にてご申請ください。

ご提出・お問い合わせ先

次ページに記入例があります。➔

保険証に記載されている協会けんぽ都道府県支部に郵便でご送付ください。(窓口でも受け取ります)  
\*各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



協会けんぽ

検索

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

TEL 03(XXX)XXXX

1
2
ページ

**健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)**

被保険者記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) 記入の手引き」をご確認ください。  
 申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入してください。 記入見本 0123456789アイウ

**1** 被保険者情報※

記号	番号	生年月日	年	月	日
被保険者証の(左詰め)		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	6	1	10
氏名・印		自署の場合は押印を省略できます。			
(フリガナ) キョウカイ タロウ					
住所		東京 港区 〇〇 1-1			
電話番号(日中の連絡先)		△△マンション101			

**3** 振込先指定口座

金融機関名称	〇〇〇〇	〇〇〇〇	本店 支店
預金種別	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	1234567
口座名義	カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)		口座名義の区分
	キョウカイ タロウ		1 1.被保険者の区分 2.代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

**2** 受取代理人の欄

被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	平成 年 月 日
氏名・印	住所	「被保険者情報」の住所と同じ
代理人(口座名義人)	住所	被保険者との関係
(フリガナ)	氏名・印	

**4** 社会保険労務士の提出代行者記載欄

※ご注意ください  
 家族(被扶養者)の方の療養費の立替払等であっても、被保険者欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などの情報をご記入ください。

被保険者のマイナンバー記載欄  
 (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は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の提出代行者記載欄

様式番号

協会使用欄

全国健康保険協会  
協会けんぽ

**記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)**

**1** 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。記号・番号は、保険証に記載されています。

**2** 被保険者が亡くなられて、相続の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所・振込口座も同様です。)  
 ※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

**3** ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、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)・預金種目・口座番号をご記入ください。

**4** 被保険者のマイナンバー記載欄は、被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。  
 ・マイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。※ 貼付台紙に ㊦ ㊧ どちらも貼付のうえ、申請書に添付してください。  
 ㊦ 身元確認を行うための書類(いずれか1点)  
 ・被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー  
 ㊧ 番号確認を行うための書類(いずれか1点)  
 ・被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号通知のコピー、被保険者の個人番号が記載された住民票が住民票記載事項証明書  
 ※行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

## 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1 2 ページ


被保険者記入用

被保険者氏名 協会 太郎

申請内容	1 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1-1 家族の場合はその方の	氏名 協会 二郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 18 年 10 月 26 日
	2 傷病名	左足首ねん挫	3 発病または 負傷年月日	平成 28 年 4 月 2 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	2 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。		
	5 診療を受けた医療機関等の	名称 〇〇総合病院	所在地 東京都〇〇区〇〇	診療した医師等の氏名 〇〇 〇〇
		名称 △△薬局	所在地 東京都〇〇区△△	診療した医師等の氏名 △△ △△
5	6 診療を受けた期間	(平成) 年 月 日 2 8 0 4 0 2	から (平成) 年 月 日 2 8 0 4 0 6	まで 日数 2 日
	6-1 上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	(平成) 年 月 日	から (平成) 年 月 日	まで 日数 日
	7 療養に要した費用の額	9,600 円		
	8 診療の内容	診察のうえ、湿布薬を処方された。		
	9 療養費の支給申請の理由	1 1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 9. その他 (理由)		

様式番号

--	--	--	--	--	--

 全国健康保険協会  
協会けんぽ

2 / 2

## 記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

**5** 自費で診療を受けた期間もしくは、入院時に支払った食事療養費の期間の始めと終わりの日をご記入ください。  
日数は診療を受けた日の数もしくは、食事療養費を支払った日の数をご記入ください。

**6** 領収書(領収明細書)に記載されている金額をご記入ください。



# 療養費の支給要件等

## 支給を受ける条件

やむを得ず保険証を提示できず自費で受診したときなど、次に該当する場合に、協会けんぽがやむを得ないと認めるときに療養費が支給されます。

- 1** 保険証の交付を受けるまでの間に傷病にかかり、被保険者資格があることを証明できないため、自費で診療を受けたとき
- 2** 近くに保険医療機関がなく、緊急を要するためやむを得ず健康保険が利用できない医療機関で診療を受けたとき
- 3** 協会けんぽの加入期間に、資格がなくなった他の保険者の保険証を使用して診療等を受け、医療費の返還を行ったとき
- 4** 限度額適用・標準負担額減額認定証を提示しなかったことにより、入院時に支払った食事療養費を減額されない金額で支払ったとき  
※限度額適用・標準負担額減額認定証とは、被保険者の市町村民税が非課税である場合、協会けんぽに限度額適用・標準負担額減額認定申請書をご提出することで、限度額適用・標準負担額減額認定証が発行されます。この認定証を医療機関等にご提示いただくことで、医療費や入院時食事療養費が減額されます。
- 5** 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、保険診療の対象となるため療養費を請求する必要はありません。）
- 6** 臍帯血等を搬送したとき

## 支給額

申請書に添付された診療明細書等により、協会けんぽが「健康保険の療養に要する費用の額の算定方法（診療報酬点数表）」に基づき計算した額から、加入者が窓口負担すべき額を差し引いた額が療養費として支給されます。

実際に支払った額（返還した額）の中に保険診療が認められていない処置や薬剤、病気の予防を目的とする予防注射等の費用が含まれている場合は、療養費の計算から除かれます。

実際に支払った額	
窓口負担相当額	療養費

保険診療が認められないものは支給計算の対象外となります。

臍帯血等を搬送したときは、この算定方法によりません。詳細は協会けんぽ都道府県支部へお問い合わせください。