



# 療養費支給申請書

『協会けんぽGUIDEBOOK』53ページ参照

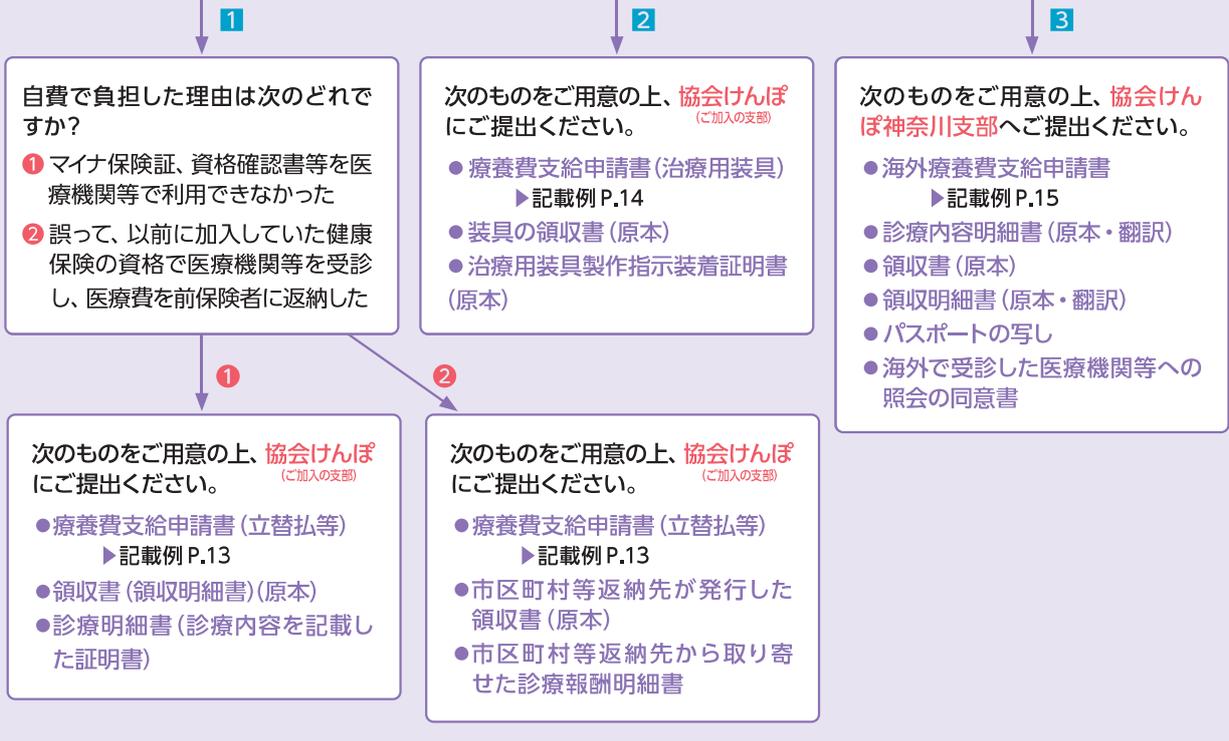
「やむを得ない事情で、マイナ保険証、資格確認書等を利用できずに医療機関等を受診した」「治療のために装具を作製した」「海外旅行中に急病になり現地で診療を受けた」等、医療費を全額自己負担した場合、療養費の払い戻しを受けることができます。

## 申請チェックフロー

スタート

自費で負担したものは次のどれですか？

- 1 国内での保険診療分の医療費
- 2 医師に治療上必要とされた装具作製費
- 3 海外での診療費



## 療養費が受けられる主なケース

- 1 やむを得ない事情でマイナ保険証、資格確認書等を利用できず、医療費の保険診療分を全額自己負担したとき
- 2 前に加入していた保険者の資格で医療機関等を受診し、後日医療費の返還をしたとき
- 3 コルセットなどの治療用装具を医師の指示で作製し、装着したとき
- 4 病院を通して生血を購入し輸血したとき
- 5 はり・きゅう・マッサージの治療を医師の同意を得て受けたとき
- 6 海外の医療機関等で診療を受けたとき  
(業務災害によるケガなどは除きます。また、治療を目的に海外に出向いた場合は対象外です)
- 7 柔道整復師(整骨院・接骨院)から施術を受けたとき

## 柔道整復師(整骨院・接骨院)で

### 健康保険が使える場合

負傷原因がはっきりしていて慢性に至っていない骨折、脱臼、捻挫、打撲、肉離れなど(骨折や脱臼は応急手当を除き、医師の同意が必要です)

### 健康保険が使えない場合

- 日常生活からくる疲労や単なる肩こり、体調不良
- スポーツによる筋肉疲労など

# 1 療養費支給申請書(立替払等) 立替払等の場合

療養費支給申請書

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) 1 ページ

医療機関窓口で療養費の全額を支払い、払い戻しを受ける場合等にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

記号(定づめ) 番号(定づめ) 生年月日

記号・番号 2170000231 2 01 05 10

氏名(カタカナ) キョウカイ タロウ

氏名 協会 太郎

郵便番号(ハイフン除く) 1050000 電話番号(定づめのハイフン除く) 090XXXXXX

住所 東京都 港区 1-1-1 マンション101

金融機関名称 ○○○○ 支店名 ○○○○

預金種別 1 普通預金 口座番号(定づめ) 1234567

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

以下は、協会使用のため、記入しないでください。

66112101

資格情報のお知らせに記載されている記号と番号をご記入ください。  
※枝番は記入不要です。  
※記号・番号が不明な場合は P.31 参照。

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。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、通帳見開き部分に記載されている振込用の口座番号等(漢数字3文字の店名・7桁の口座番号)をご記入ください。

記号・番号を記入した場合は記入不要です。

受診者が複数いる場合は、受診者ごとに申請書を作成してください。

自費で診療を受けた期間の始めと終わりの日をご記入ください。

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。

他の手続きで領収書などが必要になる方は、申請書提出前にコピーの上、原本をご提出ください(申請書に添付いただいた書類はお返しできません)。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) 2 ページ

被保険者氏名 協会 太郎

①-1 受診者 2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

① 受診者の氏名(カタカナ) キョウカイ シ タロウ

①-3 受診者の生年月日 2 昭和 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 2 平成 06 年 04 月 02 日

④-1 傷病の原因 1 仕事中の業務外での傷病 2 仕事中の業務上での傷病 3. 通勤途中での傷病

④-2 労務災害、通勤災害の認定を受けていますか? 1. はい 2. いいえ 3. 未確定

④-3 傷病の原因は第三者の行為(交通事故や不法行為)によるものですか? 1. はい 2. いいえ

⑤-1 診療を受けた医療機関等の名称 ○○総合病院

⑤-2 診療を受けた医療機関等の所在地 東京都○○区○○

⑤-3 診察した医師等の氏名 ○○

⑦ 診療を受けた期間 令和 06 年 04 月 02 日 から 令和 06 年 04 月 06 日

⑧ 療養に要した費用の額(円) 9600

⑨ 診療の内容 診察のうえ、湿布薬を処方された。

⑩ 療養費申請の理由 1. マイド被診証が交付されず、診療費を自己負担したため 2. 他の医療機関で療養費を受けられず、医療費を返還したため 3. 医師の診断書の提出を申請するため 4. その他

661122101

全国健康保険協会 協会けんぽ

## 2 療養費支給申請書(治療用装具) 治療用装具の場合

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具) 1 2 ページ

コルセットや弾性着衣、治療用眼鏡等を作成・購入し、費用の払い戻しを受ける場合に使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

記号(左づめ) 番号(左づめ) 生年月日

記号-番号 217000231 2 01 05 10

氏名(カタカナ) キョウカイ タロウ

氏名 協会 太郎

郵便番号(ハイフンを除く) 1050000 電話番号(左づめハイフンを除く) 090xxxxxxx

住所 東京 港区 1-1 △マンション101

金融機関名称 ○○○○ (銀行) 支店名 ○○○○ (本店) 預金種別 1 普通預金 口座番号(左づめ) 1234567

2 ページ目に続きます。 >>>

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

申請内容

66112201

全国健康保険協会 協会けんぽ

資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。

※枝番は記入不要です。

※記号・番号が不明な場合はP.31参照。

資格情報のお知らせ

記号 21700023 番号 1 支店 00

生年月日 平成 01年 05月 10日

資格取得年月日 令和 02年 1月 1日

保険者番号 39999999

保険者名称 全国健康保険協会 ○○支所

家族(被扶養者)が治療用装具を製作・購入した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、通帳見開き部分に記載されている振込用の口座番号等(漢数字3文字の店名・7桁の口座番号)をご記入ください。

金融機関名称 ゆうちょ (銀行) 支店名 二三八 (本店) 預金種別 1 普通預金 口座番号(左づめ) 1234567

記号・番号を記入した場合は記入不要です。

装具製作対象者が複数いる場合は、受診者ごとに申請書を作成してください。

治療用装具等の装着について指示を受けた日をご記入ください。

- ・弾性着衣の場合：「弾性着衣等装着指示書」に記載されている装着指示があった日
- ・小児弱視等にかかる眼鏡等の場合：「眼鏡等作成指示書」に記載されている作成指示があった日

領収書(領収明細書)に記載されている日付と金額をご記入ください。

治療用装具を装着した日をご記入ください。

- ・「治療用装具製作指示装着証明書」に記載されている装具を装着した日

※「弾性着衣」「小児弱視用眼鏡等」の場合は記入不要です。

他の手続きで領収書などが必要になる方は、申請書提出前にコピーの上、原本をご提出ください(申請書に添付いただいた書類はお返しできません)。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具) 1 2 ページ

被保険者氏名 協会 太郎

①-1 装具製作対象者 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

① 装具製作対象者の氏名(カタカナ) キョウカイ タロウ

①-3 生年月日 2 01 05 10

② 傷病名 右膝関節靭帯損傷 ③ 発病または負傷年月日 2 06 07 11

①-1 傷病の原因 1. 仕事(仕事中)以外(業務外)での傷病 2. 仕事(仕事中)以外(業務外)での負傷 3. 通勤途中での負傷

①-2 労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。 1. はい 2. いいえ

①-3 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やアツプ等)によるものですか。 1. はい 2. いいえ

①-1 診察を受けた医療機関等の名称 ○○総合病院

①-2 診察を受けた医療機関等の所在地 東京都○○区○○

①-3 診察した医師等の氏名 ○○

⑦ 装具等の装着指示日(医師による装着指示) 令和 06 07 12

⑧ 装具等購入日(領収書)および金額 令和 06 07 12 25000 円(左づめ)

⑨ 装具等装着確認日(医師) 令和 06 07 12

⑩ 診察の内容 治療用装具の装着

⑪ 療養費申請の理由 5. 治療用装具を制作したため

66112201

全国健康保険協会 協会けんぽ

### 3 海外療養費支給申請書

療養費支給申請書

**海外療養費支給申請書** (被保険者記入用)

記入方法および添付書類等については、「海外療養費支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。  
届書(申請書)は、裏のボールペン等を使用し、欄内で丁寧に丁寧に記入してください。【記入用紙】0123456789アイウ

被保険者情報欄には、ご家族(被扶養者)の受診に関する申請であってもご本人(被保険者)の氏名等をご記入ください。

保険者番号: 9999999999  
記号・番号: 21700023  
氏名: 協会 太郎  
生年月日: 平成 5年 1月 1日  
住所: 東京都港区△△1-1 △△マンション101  
TEL: 090(××××)××××

金融機関: ゆうちょ 二三八  
口座番号: 1234567  
口座名義: キョウカイ タロウ

被保険者: 協会 太郎  
代理人: (記入不要)

社会保険事務士の提出代行番号: 6611226

全国健康保険協会 協会けんぽ

資格情報のお知らせに記載されている保険者番号・保険者名称・記号・番号をご記入ください。

資格情報のお知らせ

保険者番号	0123456789	支店	00
氏名	協会 太郎	職名	社員
生年月日	平成 5年 1月 1日		
資格取得年月日	令和 5年 1月 1日		
保険者名称	全国健康保険協会	〇〇支店	

※枝番は記入不要です。  
※記号・番号が不明な場合はP.31参照。

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。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、通帳見開き部分に記載されている振込用の口座番号等(漢数字3文字の店名・7桁の口座番号)をご記入ください。

ご本人(被保険者)名義の口座以外へ振込希望の場合、受取代理人の欄へ記入(住所・氏名)が必要です。

記号・番号を記入した場合は記入不要です。

自費で診療を受けた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をご記入ください。

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。

業務上や通勤途中のケガの場合は、労働災害、通勤災害の可能性がありますので、労働基準監督署にご相談ください。

他の手続きで領収書などが必要になる方は、申請書提出前にコピーの上、原本をご提出ください(申請書に添付いただいた書類はお返しできません)。

**海外療養費支給申請書** (被保険者記入用)

被保険者氏名: 協会 太郎

① 受診者: 2. 被保険者 2. 家族(被扶養者)  
氏名: 協会 花子 生年月日: 平成 18年 10月 26日

② 病名: 左足首ねん挫 ③ 発病または発症年月日: 平成 6年 1月 1日

④ 発病の原因および経過: 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ → 負傷原因書を併せてご提出ください。

⑤ 診療を受けた医療機関等の情報: 医療機関名: ○○MEDICAL CLINIC 所在地: 2010 SOUTH ARLINGTON 国名: アメリカ

⑥ 診療を受けた期間: 平成 2年 06月 01日 から 平成 2年 06月 10日 日数: 2日

⑦ 診療に要した費用の額: 100 (アメリカドル) 通貨単位を記入してください。(例:アメリカドル)

⑧ 診療の内容: 診療の上、湿布薬を処方された。

⑨ 受診者の情報: (1) 受診者の海外滞り期間 (平成 6年 1月 1日 ~ 平成 6年 1月 10日) ※申請書に添付していただいた受診者の海外滞り期間が確認できる書類を添付してください。  
(2) 診療を受けた期間における海外滞り(発病)の理由について、該当箇所にご記入ください。その他の場合は具体的に記入してください。  
海外勤務(同行家族を含む)  旅行  留学  その他 (理由)

社会保険事務士の提出代行番号: 6611225

全国健康保険協会 協会けんぽ

## ☑️ チェックリスト

### ● 申請時期

療養に要した費用を支払った日の翌日から2年以内  
 (以前に加入していた健康保険の資格で医療機関等を受診し、後日医療費の返還をしたケースの立替払いの場合は、療養を受けた日[受診日]の翌日から2年以内)

### ● 添付書類チェックリスト

<input type="checkbox"/> 立替払	自費で診療を受けたとき	<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の原本)
		<input type="checkbox"/> 診療明細書(診療内容を記載した証明書)
<input type="checkbox"/> 立替払	国民健康保険などの他の保険者の資格で医療機関等を受診し、医療費を返納したとき	<input type="checkbox"/> 市区町村など返納先が発行した領収書の原本
		<input type="checkbox"/> 市区町村など返納先から取り寄せた診療報酬明細書(レセプト) (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)
<input type="checkbox"/> 装具	<input type="checkbox"/> 治療用装具製作指示装着証明書の原本	
	<input type="checkbox"/> 領収書の原本 (装具の名称、種類および内訳別の費用額・義肢装具士の氏名(押印でも可)・オーダーメイドまたは既製品の別(既製品の場合は製品名・メーカー名)が記載されたもの)	<input type="checkbox"/> 領収書に内訳の記載がない場合は、内訳の記載された書類のコピー(請求書のコピー等)
	<input type="checkbox"/> 靴型装具の現物写真(靴型装具の支給申請を行う場合)	
<input type="checkbox"/> 小児弱視等治療用眼鏡	<input type="checkbox"/> 眼鏡等作成指示書(目の検査結果、傷病名※の記載がある医師の証明) <small>※傷病名・・・「小児の弱視、斜視および先天白内障術後の屈折矯正」</small>	<input type="checkbox"/> 検査書(「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"/> 領収書の原本(内訳の記載があるもの)	<input type="checkbox"/> 領収書に内訳の記載がない場合は、内訳の記載された書類のコピー(請求書のコピー等)
<input type="checkbox"/> 弾性着衣等	<input type="checkbox"/> 弾性着衣等装着指示書の原本	
	<input type="checkbox"/> 領収書の原本(内訳の記載があるもの)	<input type="checkbox"/> 領収書に内訳の記載がない場合は、内訳の記載された書類のコピー(請求書のコピー等)
<input type="checkbox"/> 海外療養費	<input type="checkbox"/> 海外の医師が作成した診療内容明細書の原本	
	<input type="checkbox"/> 海外の領収明細書の原本	
	<input type="checkbox"/> 領収書の原本およびその日本語訳	
	<input type="checkbox"/> 外国語で記載されている書類の日本語訳(翻訳者の署名、住所、および連絡先を記入)	
	<input type="checkbox"/> パスポートのコピー(海外渡航者の写真が確認できるページおよび出入国の確認ができるページ)	
	<input type="checkbox"/> 海外での診療等を担当した医療機関等に照会することの同意書	

添付していただいた書類の原本はお返しできません。

※市区町村への手続きなど他の手続きが必要な際は、あらかじめコピーを保管してください。