



療養費支給申請書

『協会けんぽGUIDEBOOK』49ページ参照

「やむを得ない事情で、保険証を持参できずに医療機関を受診した」「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、医療費を全額負担した場合、あとで請求して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

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

1
自費で負担した理由は次のどれですか？

- ① 保険証を忘れた、就職先から保険証の交付を受ける前だった等の理由で、保険証を提示できなかった
- ② 誤って、以前に加入していた健康保険の保険証を使用した

①
次のものをご用意の上、協会けんぽ(事業所を管轄する支部)にご提出ください。

- 療養費支給申請書(立替払等) ▶記載例 P.13
- 領収書(領収明細書)(原本)
- 診療明細書(診療内容を記載した証明書)

2
次のものをご用意の上、協会けんぽ(事業所を管轄する支部)にご提出ください。

- 療養費支給申請書(治療用装具) ▶記載例 P.14
- 装具の領収書(原本)
- 治療用装具製作指示装着証明書(原本)

②
次のものをご用意の上、協会けんぽ(事業所を管轄する支部)にご提出ください。

- 療養費支給申請書(立替払等) ▶記載例 P.13
- 市区町村等返納先が発行した領収書(原本)
- 市区町村等返納先から取り寄せた診療報酬明細書

3
次のものをご用意の上、協会けんぽ神奈川支部へご提出ください。

- 海外療養費支給申請書 ▶記載例 P.15
- 診療内容明細書(原本・翻訳)
- 領収書(原本)
- 領収明細書(原本・翻訳)
- パスポートの写し
- 海外で受診した医療機関等への照会の同意書

療養費が受けられる主なケース

- ① やむを得ない事情で保険証を提示できず、医療費の保険診療分を10割負担したとき
- ② 前に加入していた健康保険の保険証を誤って使用し、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、体調不良など
- スポーツによる筋肉疲労

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 2 ページ

医療機関窓口で医療費の全額を支払い、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」までご確認ください。

被保険者証 記号(左2桁) 21	被保険者証 番号(左7桁) 17000231	生年月日 2010.05.10
氏名(カタカナ) キョウカイ タロウ		
氏名 協会 太郎		
郵便番号 (ハイファン録) 1050000	電話番号 (左7桁ハイファン録) 090XXXXXX	
住所 東京 港区 〇〇1-1 △△マンション101		

金融機関名称 〇〇〇〇 支店名 〇〇〇〇
預金種別 1 普通預金 口座番号(左7桁) 1234567

社会保険労務士の提出代行名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

661122101

全国健康保険協会 協会けんぽ

記号・番号は、保険証に記載されています。



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。

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。

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)・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	支店名 二三八
預金種別 1 普通預金	口座番号(左7桁) 1234567

保険証の記号・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) 1 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)

①-2 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 2018年10月26日

② 傷病名 左足首ねん挫 発病年月日 2018年04月02日

③ 傷病の原因 1. 仕事中のけが(業務外)での傷病
2. 仕事上の業務上での傷病
3. 通勤途での傷病

④ 傷病の原因は第三者の行為(交通事故や火災等)によるものですか? 2. はい、いいえ

⑤ 診療を受けた医療機関等の名称 〇〇総合病院
⑥ 診療を受けた医療機関等の所在地 東京都〇〇区〇〇
⑦ 診療した医師等の氏名 〇〇 〇〇

⑧ 診療を受けた期間 令和04年04月02日から 令和04年04月06日

⑨ 療養に要した費用の額(円) 9600

⑩ 診療の内容 診察のうえ、湿布薬を処方された。

⑪ 療養費申請の理由 1. 被保険者を扶養できなかったことにより、医療費を全額自己負担したため
2. 被保険者の診療費負担を軽減し、医療費を定額としたため
3. 入院期間の長率代の医療費を申請するため
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。

健康保険証 記号(左2桁) 217000231 番号(左7桁) 010510 生年月日 2001年05月10日

氏名(カタカナ) キョウカイ タロウ

氏名 協会 太郎

郵便番号(ハイファン様) 1050000 電話番号(左7桁ハイファン様) 090XXXXXX

住所 東京 港区 1-1-1 △△マンション101

金融機関名称 ○○○○ 銀行(支店) 支店名 ○○○○ 預金種別 1 普通預金 口座番号(左7桁) 1234567

2 ページ目に続きます。 >>>

社会保険労務士の提出代行名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MAN 職種 (被保険者) 1. 記入欄 (被保険者) 2. 記入欄 (被保険者) 3. 記入欄 (被保険者)

添付書類 療養費 1. 療養費 2. 療養費 3. 療養費 4. 療養費 5. 療養費

申請内容 器具種類 1. コルセット 2. 弾性着衣 3. 眼鏡(遠視用) 4. 眼鏡(近視用) 5. 眼鏡(老眼用) 6. その他

6 6 1 1 2 2 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

記号・番号は、保険証に記載されています。



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。
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。

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)・7桁の口座番号をご記入ください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、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)・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) 支店名 二三八 預金種別 1 普通預金 口座番号(左7桁) 1234567

保険証の記号・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(コルセット)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 装具作成対象者 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

① 装具作成対象者の氏名(カタカナ) キョウカイ タロウ

①-3 生年月日 2001年05月10日

② 傷病名 右膝関節靭帯損傷 発病または負傷年月日 2007年04月11日

①-1 傷病の原因 1. 仕事上(業務上)での傷病 2. 仕事(職業)上での傷病 3. 通勤途中での傷病

①-2 労働災害、運動災害の認定を受けた日ですか? 1. はい 2. いいえ

①-3 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やアスリート等)によるものですか? 1. はい 2. いいえ

①-1 診療を受けた医療機関等の名称 ○○総合病院

①-2 診療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 ○○○○

① 装具等の装着指示日(被保険者・被扶養者) 令和07年07月12日

② 装具等購入日(領収日)および金額 令和07年07月12日 25000円(右2桁)

③ 装具等装着確認日(領収日) 令和07年07月12日

① 診療の内容 治療用装具の改善

① 療養費申請の理由 5. 治療用装具を作成したため

6 6 1 1 2 2 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

3 海外療養費支給申請書

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、奥のホルン等を使用し、楷書で特約に丁寧に記入ください。 [記入用紙] 01123456789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 記号 被保険者の 氏名 日本国内で療養 費を支払える 口座番号 (日本の郵便)	999999999 21700023 協会 太郎	保険者名称 全国健康保険協会	00 支部	保険者番号 名称は 保険証の下部に記載 されています。
金融機関 名称 預金種別 口座番号 口座名義	〇〇〇〇 1 1.普通 3.別院 2.当座 4.通知 1234567 キョウカイ タロウ	銀行(金融)・信用 ・農林(漁業) (金融)・郵便 (金融)・協同 (金融)・協同	〇〇〇〇	「基本」(支店) (支店)・支所 (支店)・支所
受取代理人の 氏名 住所 TEL 被保険者 との関係	協会 太郎 〒 - () () () () 協会 太郎	1.平成 年 月 日 2.令和	住所「被保険者情報」の住所と同じ	1.被保険者 2.代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の氏名欄

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。 1.平成 年 月 日
 2.令和

代理人(口座名義人) 住所 (〒 - () ()) TEL (() () () ())
 氏名 (フリガナ)

「被保険者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

被保険者情報欄の記入欄に不十分な場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
 (記入した場合は、本人(被保険者)の同意が必要となります。)

社会保険労務士の
提出代行番号記載欄

様式番号 協会使用用紙

661126 1 1 1 1 1 1

全国健康保険協会 協会けんぽ (1/2)

保険者番号・保険者
名称・記号番号は、
保険証に記載されて
います。



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。
 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される
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。

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)・預金種別・7桁の口座
番号をご記入ください。

金融機関 名称 預金種別 口座番号 口座名義	ゆうちょ 1 1.普通 3.別院 2.当座 4.通知 1234567 キョウカイ タロウ	銀行(金融)・信用 (金融)・郵便 (金融)・協同 (金融)・協同	〇〇〇〇	「基本」(支店) (支店)・支所 (支店)・支所
------------------------------------	--	--	------	--------------------------------

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。

保険証の記号・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。

- 療養費を受ける権利は、海外で治療費の支払い
をした翌日から2年を経過すると時効により消
滅します。
- 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るので、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 ①-○ 家族の場合はその方の 氏名 2 病名 3 発病または 負傷年月日	2 1.被保険者 2.家族(被扶養者) 協会 花子 左足首ねん挫 発病または 負傷年月日 18年10月26日 4年1月1日	生年月日 □昭和 □平成 □令和	18年10月26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 → 負傷原因等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 国名 医療機関名 所在地 診療した医師等の氏名	〇〇MEDICAL CLINIC 2010 SOUTH ARLINGTON アメリカ	所在地 〇〇〇〇	診療した医師等の氏名 〇〇〇〇
6 診療を受けた期間 上記の期間に ①-○ 入院していた場合は、 その期間	2 1.平成 年 月 日から 2 1.平成 年 月 日まで 2.令和 年 月 日から 2.令和 年 月 日まで 040101 040102 日数 2日	日数	2日
7 療養に要した費用の額	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) 受診者の海外滞航期間(□平成 年 月 1日 ~ □平成 年 月 10日) ※申請書に添付していただいた受診者の海外滞航期間が確認できる書類にしてください。 □パスポートのコード(氏名、誕生日と当該期間の出入国スタンプのページ) □ 査証(ビザ)のコード(氏名と有効期限が記載されたもの) □ 渡航チケットのコード(ホテルの控え番号) (2) 診療を受けた期間における海外滞航(滞在)の理由について、該当箇所を記入してください。 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 (理由) □ その他		

様式番号 6611225

全国健康保険協会 協会けんぽ (2/2)

☑️ 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保険証を使用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	<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	<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 (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"/> 装具	<input type="checkbox"/> 靴型装具を作製した場合
	<input type="checkbox"/> 装具の写真(実際に装着する現物であることが確認できるもの)
<input type="checkbox"/> 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、斜視および先天性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"/> 眼鏡	<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"/> 弾性着衣等装着指示書の原本
<input type="checkbox"/> 弾性着衣等	<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	
<input type="checkbox"/> 被保険者本人が死亡したため、法定相続人が申請する場合	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本の原本(被保険者と申請者の続柄などを確認できるもの)

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。