

療養費支給申請書記入例（立替払等の場合）

届書コード		
6	3	5

健康保険 被保険者^① 療養費支給申請書(第 回目)
 家 族
 (立替払等) 治療用装具、生血

⑦ 被保険者証の記号・番号 ②																	
3	0	1	0	2	0	3	-	1	2	3							
① 被保険者の生年月日																	
昭和	5	0	0	3	0	5	日	届書種別									
③ 被保険者(申請者)の氏名と印																	
ケンボ タロウ																	
健保 太郎																	
④ 被保険者(申請者)の住所																	
〒105-0000 東京都港区 1-1-1 △△マンション101																	
⑤ 被扶養者の氏名																	
健保 花子																	
⑥ 被扶養者の生年月日																	
昭和	5	1	1	0	2	2	日	被扶養者の続柄									
妻																	
⑦ 傷病名																	
感冒																	
⑧ 発病(負傷の場合は、右面⑨を記入してください)の原因および経過																	
咳がひどく、発熱したため、受診した。																	
⑨ 診察を受けた病院等の名称																	
品川〇〇総合病院																	
⑩ 所在地																	
東京都品川区△△ 1-1																	
⑪ 診察した医師の氏名																	
保険 五郎																	
⑫ 診察の期間(支給期間)																	
自	2	3	1	0	0	6	日	⑬ 入院・入院外の別									
至	2	3	1	0	0	6	1日	⑭ 入院の場合、左記の入院期間									
⑮ 診療に要した費用の額																	
5,300 円																	
⑯ 診療の内容																	
点滴を受け、薬を処方された。																	
⑰ 療養の給付を受けることができなかった理由																	
入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため。																	
備考																	
請求年月日																	
7	年	月	日	申請区分													
1: 証交付前の受診 2: 証持参で受診 3: 治療用装具 4: 柔道整復 7: その他立替払 8: 伝染病 9: 生血																	
0: 行わない 1: 行う																	
回数																	
7																	
初療日																	
7 年 月 日																	
同意日																	
0: 初回 1: 再同意																	
支給回数																	
0: 国内 1: 海外																	
第三者																	
0: なし 1: あり																	
98条該当																	
0: 非該当 1: 該当																	
公費区分																	
0: 非該当 1: 該当																	
診療費用																	
診療支給額																	
食事回数																	
食事療養費																	
食事負担額																	
支払方法																	
2: 個人払い 3: その他																	
受取人住所区分																	
0: 本人 1: 代理人																	

① 被保険者の療養による申請の場合は「被保険者」に○をしてください。被扶養者の療養による申請の場合は「家族」に○をしてください。

② 被保険者証の記号・番号を左づめで記入してください。

③ 被保険者の氏名を記入してください。被保険者が亡くなられて、ご遺族の方が請求する場合は、請求者の氏名を記入してください。④欄の住所も同様です。①の生年月日は被保険者が亡くなられた場合でも、被保険者の生年月日を記入してください。また、被保険者(申請者)本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者(申請者)以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。

④ 被扶養者の療養による申請の場合は、その被扶養者の氏名、生年月日および被保険者との続柄を記入してください。

⑤ 傷病の原因が負傷(ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など)の場合は、⑦の負傷原因欄を必ず記入してください。

⑥ ⑨の欄で「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは全国健康保険協会各支部にお問い合わせください。(「第三者行為による傷病届」の提出については、同じ傷病における申請の場合、初回申請時のみの提出となります。二回目以降の申請の際は提出不要です。)

⑦ 診療を受けた病院等の名称、所在地、診療した医師氏名を記入してください。なお、処方箋により薬局で調剤された薬剤を受けた場合は、その薬局の名称、所在地、薬剤師氏名も併せて記入してください。なお、医師氏名、薬剤師氏名が不明の場合は空欄としてください。

⑧ やむを得ない事情により自費で受診した理由を記入してください。

※ 無医村域において、医師の診療を受けることが困難で、応急措置として緊急に売薬を服用した場合の療養費の申請であるときは、②～④欄をそのように読み替えて記入してください。

療養費支給申請書記入例（治療用装具の場合）

届書コード		
6	3	5

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書（第 回目）

（立替払等、治療用装具、生血）

② 被保険者証の記号・番号										① 被保険者の生年月日										届書 種別		受付年度		通 番		グループ																																																					
3:010203-123										昭和 7:平成 500305										05 平成																																																											
③ 被保険者 (申請者)の 氏名と印 ケンボ タロウ 健保 太郎										事業所の 名称 (株)協会商事 所在地 千代田区△△ 1-1																																																																					
④ 被保険者 (申請者)の 住所 郵便番号 105-0000 〒東京都港区 トウキョウト ミナトク ○○ 1-1 △△マンション101 東京 港区○○ 1-1 △△マンション101 電話 03 (××××) ××××																																																																															
④ 被扶養者の氏名										⑤ 被扶養者の生年月日										②被保険者 との続柄		被扶養者 番号																																																									
療養が被扶養者に関 するときは、その方の										昭和 平成																																																																					
⑦ 傷 病 名										⑧ 発病または負傷年月日（療養開始日）																																																																					
右膝関節靱帯損傷										240103																																																																					
⑤ 発病（負傷の場合は、右面を記入してください）の原因および経過										⑥ 第三者の行為によるものですか																																																																					
テニスをしている際に転倒し、負傷した。										☐ はい ☒ いいえ 「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を提出してください。																																																																					
⑦ 診療を受けた病院等の 品川○○総合病院										⑧ 所在地 東京都品川区△△ 1-1										⑨ 診療した医師の氏名 保険 五郎																																																											
⑩ 診療の期間（支給期間）										⑪ 入院・入院外の別										⑫ 入院の場合、左記の入院期間		⑬ 診療に要した費用の額																																																									
自 240103 日数										①:入院外 2:入院										自 240103 日数		25,000 円																																																									
至 240103 1日																				至 240103 日																																																											
⑭ 診療の内容										⑮ 療養の給付を受けることができなかった理由																																																																					
右膝用装具の装着										治療用装具作成のため。																																																																					
⑯ 備考																																																																															
請求年月日										特別支給コード										申請区分										参照要否		回数		初療日																																													
7 年 月 日																				1:証交付前の受診 2:証持参できず 3:治療用装具 4:柔道整復 7:その他立替払 8:伝染病 9:生血										0:行わない 1:行う		7		年 月 日																																													
同意日										同意区分										支給日数										不支給理由										海外表示										第三者										98条該当										公費区分									
7 年 月 日										0:初回 1:再同意																														0:国内 1:海外										0:なし 1:あり										0:非該当 1:該当										0:非該当 1:該当									
診療費用										診療支給額										食事回数										食事療養費										食事負担額										支払方法										受取人住所区分																			
円										円																				円										円										2:個人払い 3:その他										0:本人 1:代理人																			

① 被保険者の療養による申請の場合は「被保険者」に○をしてください。被扶養者の療養による申請の場合は「家族」に○をしてください。

② 被保険者証の記号・番号を左づめで記入してください。

③ 被保険者の氏名を記入してください。被保険者が亡くなられて、ご遺族の方が請求する場合は、請求者の氏名を記入してください。④欄の住所も同様です。④の生年月日は被保険者が亡くなられた場合でも、被保険者の生年月日を記入してください。また、被保険者（申請者）本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者（申請者）以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。

④ 被扶養者の療養による申請の場合は、その被扶養者の氏名、生年月日および被保険者との続柄を記入してください。

⑤ 傷病の原因が負傷（ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など）の場合は、⑦の負傷原因欄を必ず記入してください。

⑥ ②の欄で「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは全国健康保険協会各支部にお問い合わせください。（「第三者行為による傷病届」の提出については、同じ傷病における申請の場合、初回申請時のみの提出となります。二回目以降の申請の際は提出不要です。）

⑦ 診療を受けた病院等の名称、所在地、診療した医師氏名を記入してください。なお、医師氏名が不明の場合は空欄としてください。

⑧ 治療用装具作成に要した費用の額を記入してください。

⑨ 小児弱視等の治療用眼鏡等の更新の場合は、備考欄に更新前の装着年月日および療養費支給申請した保険者名（全国健康保険協会支部名、健康保険組合名）を記入してください。

裏面に振込希望口座記入例、添付書類について案内があります。

添付書類について

療養費の種類により添付書類が異なります。下記をご確認のうえ提出してください。

療養費の種類	添 付 書 類
立替払等	■ 診療明細書 医療機関等で発行された診療明細書(傷病名、診療内容の明細が記入されたもの)を添付してください。 ■ 領収(明細)書 診療に要した費用額が記載された領収(明細)書の原本を添付してください。 【海外で診療を受けた場合】 ■ 「診療内容明細書」および「領収明細書」 海外の病院等で発行された「診療内容明細書」および「領収明細書」の原本を添付してください。なお、これらの明細書が外国語で記載されている場合は、「翻訳文」を添付してください。(翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。)
治療用装具	■ 医師の「意見および装具装着証明書」等 ○ 申請書裏面の「意見および装具装着証明書」に医師から記入・証明を受けるか、別に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。 ○ 弾性着衣等の場合は、申請書裏面の「弾性着衣等装着指示書」に医師から記入・証明を受けるか、別に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。 ○ 小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は、医師の「眼鏡等作成指示書」を添付してください。 ■ 領収書 装具や眼鏡等の名称、種類およびその内訳別の費用額が記載された領収書の原本を添付してください。 ■ 検査書(小児弱視等の治療用眼鏡等の場合) 「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を添付してください。
生 血	■ 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。 ■ 領収書 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た領収書の原本を添付してください。

療養費の支給要件等

■ 療養費の支給要件

健康保険では、保険医療機関等の窓口で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などは、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は、療養費として後から払い戻されます。

■ 療養費が支給される場合

- 就職後に、被保険者証の交付を受ける前に傷病にかかり、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
- 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保険医療機関でない医療機関で診療を受けたときなど保険者がやむを得ない理由があったと認めたとき
- 医師の指示により、コルセット、関節固定器や義手、義足、義眼などの治療のため必要な装具を購入、装着したとき
- 9歳未満の小児が小児弱視等の治療で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
- 海外で診療を受けたとき など

■ 療養費の支給額

保険者が健康保険の基準で計算した額(実際に支払った額を超える場合は、実際に支払った額)から、その額に一部負担割合を乗じた額を差し引いた額が療養費として支給されます。