

健康保険

被保険者

家族

療養費支給申請書

(立替払等) 治療用装具、生血

◎記入方法および添付書類等については、別紙の「記入上のご注意」を確認してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号と番号	記号 1 番号 0000	② 被保険者 (申請者)の 氏名・生年月日	健保太郎 ③ 昭和・平成 3年7月6日			
	④ 被保険者 (申請者) の住所	(〒 000-000) 00市001-2-3-101			TEL 090 (1234) 5678 ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。		
	⑤ 事業所の 名称	社会医療法人雪の聖母会			TEL 0942-35-3322		
	⑥ 受診者が家族 (被扶養者) の場合	氏名	健保花子	生年月日	昭和 平成 令和 28年8月8日	被保険者 との続柄 子	
	⑦ 傷病名	急性気管支炎		⑧ 診療を受けた 医療機関等	名称	00小児科クリニック 所在地	療養を担当した 医師氏名 0000 00市003-2-1
	⑨ 仕事中、通勤途中 または第三者行為 によるものですか	いいえ	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 裏面4をご確認ください				
	⑩ 発病または 負傷の原因 及びその経過	(いつ) 平成 令和 00年00月00日	(どこで)	00県00市 旅行先で突然発症			
	⑪ 立替払い の場合	診療の期間 (支給期間)	自 00年00月00日 至 00年00月00日	日数	1日	診療区分	入院の場合、その入院期間
	⑫ 治療用装具 の場合	装着日	令和 年 月 日	入院・外来	自) 令和 年 月 日 至) 令和 年 月 日	日間	
	⑬ 診療の内容	吸入器・投薬			⑮ 診療に要した 費用の額	00,000 円	
⑭ 療養の給付を 受けることが できなかった理由	1. 保険証を持っていなかったため (理由: 旅行中持っていくのを忘れた) 2. 誤って前の保険証を使用したため 3. 治療用装具を作成したため						

⑯ 振込希望口座	<input type="checkbox"/> マイナンバー等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入してください) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。										
	00 銀行・信組 金庫・農協	00 支店 出張所	預金種別	口座番号			口座名義 (カタカナ)				
	[金融機関コード	[店番号	普通	1	2	3	4	5	6	7	健保太郎 (ケンポ タロウ)
			<input type="checkbox"/> 当座								※ローマ字登録の方はローマ字で記入してください。

◎給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状へ記入してください。

⑰ 委任状	私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※ <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 事業主の選定した保険給付金受領代理人(@の記入は不要です) <input type="checkbox"/> その他の受取代理人		受取代理人住所	(〒 -) TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
	被保険者住所 (申請者) 氏名	代理人情報 氏名	フリガナ	

【備考】

<問合せ・送付先>

〒810-0001
福岡市中央区天神4-1-28
雪の聖母会健康保険組合

TEL092-724-0908

受付日付印
(健康保険組合使用欄)

記入上のご注意

- ①記号・番号は保険証に記載されています。
- ⑥は家族（被扶養者）の療養による申請の場合のみ記入してください。
- ⑧は診療を受けた医療機関、調剤薬局等について記入してください。
※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。
- ⑨が「はい」の場合で、傷病の原因が工作中または通勤途中によるもので、労災に該当するときにはご申請いただけません。労災に該当するかは、労働基準監督署にご確認ください。第三者行為によるものであるときは、別途「第三者行為による傷病届」が必要になります。
- ⑭は該当する数字をマルで囲んでください。1. に該当する場合は、理由も併せて記入してください。
- ⑯、⑰（振込希望口座等）について
 - 振込先が被保険者（申請者）の口座の場合は⑯のみ記入してください。
 - 給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、⑰の委任状が必要となります。
委任状の「事業主の選定した保険給付金受領代理人」、「その他の代理人」のいずれかにチェック☑を入れ、
【事業主の選定した保険給付金受領代理人口座へ振込を希望する場合】
 - ・被保険者の住所・氏名を記入してください。
 - ・あらかじめお届けいただいている保険給付金受領代理人口座へお振込みとなるため、⑯の記入は不要です。**【その他の受取代理人へ振込を希望する場合】**
 - ・被保険者の住所・氏名を記入してください。
 - ・受取代理人情報の代理人住所・電話番号・代理人氏名を記入してください。
 - ・⑯に受取代理人の口座を記入してください。

【添付書類】

申請事由	添付書類
やむを得ない理由により、保険証を提出することができず 自費で診療を受けたとき	① 診療明細書の原本、薬を処方された方は調剤明細書の原本 ※上記の添付が難しい場合は別紙「領収(診療)明細書」に医療機関等に診療内容の証明を受けたもの ※申請内容に応じて診療報酬明細書（レセプト）の提出が必要になることがあります。 ② 領収書の原本
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	① 診療報酬明細書（レセプト）の写し ※封を開けずに添付してください ② 医療費を返還した際の領収書の原本
治療用装具（コルセット）	① 医師の意見書の原本 （「医師が治療上装具を必要と認めていること」並びに「装着日」を確認できる証明書） ② 領収書と明細書（内訳書）の原本（①の医師の指示日以降の支払日のもの） ③ 靴型装具の申請に限り、装具の現物写真
小児弱視等の治療用眼鏡等	※9歳未満の小児で、「弱視」「斜視」「先天性白内障術後の屈折矯正」のため作成した治療用眼鏡およびコンタクトレンズが対象。（※アイパッチ、フレネル膜プリズムは保険対象外。） ① 療養担当に当たる医師の治療用眼鏡等の作成指示等の写し （弱視等のための治療用眼鏡を作成指示されたことが確認できる内容のもの） ② 患者の検査結果の写し（①に検査結果の記載がある場合は不要） ③ 領収書の原本（フレーム、レンズ等それぞれの価格の内訳、対象児の名前が記入されており、①の医師の指示日以降の支払日のもの）
四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等	※鼠径部、骨盤部もしくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍の術後に発生する四肢リンパ浮腫または原発性の四肢リンパ浮腫、慢性静脈不全による難治性潰瘍の治療に使用されるものが対象。 ① 療養担当に当たる医師の弾性着衣等の装着指示書の原本 （装着部位、手術年月日、処置年月日、着圧指示等が記入されているもの） ※「着圧指示」が30mmHg未満の場合は、装着が必要な理由が「特記事項」欄に記載されていること。 ※「弾性包帯」の場合は包帯の装着を指示する理由が「特記事項」欄に記載されていること。 ② 領収書と明細書（内訳書）の原本（①の医師の指示日以降の支払日のもの）
生血	① 輸血証明書の原本 ②領収書の原本

※健康保険の給付を受ける権利は2年間で消滅します。

療養費の時効の起算日については「療養に要した費用を医療機関等に支払った日の翌日(当該療養を受けた日の翌日)」となります。

※領収書等の原本は原則お返しできませんので、各自でコピーをおとりください。