

医療費（立替払分）を請求するとき

救急で保険証を携帯せず受診したときや、治療のために装具が必要になったときなど、かかった医療費の全額を立替払いした場合には、健康保険組合に請求することで、療養費として、払い戻しを受けることができます。

- | | |
|--------|--|
| ◆ 申請書類 | 「療養費支給申請書」 |
| ◆ 請求期限 | 立替払等の金額を支払った日の翌日から2年以内 |
| ◆ 添付書類 | 治療用装具（コルセットなど） ⇒ 領収書と保険医の証明書
小児弱視等の治療用メガネの購入 ⇒ 領収書と保険医の作成指示書
保険証を提示せず受診した ⇒ 領収明細書
前健保の保険証を資格喪失後に使用した ⇒ 返還金領収書と診療報酬明細書
※ケガによる場合は、別途「負傷原因届」もご提出ください。 |
| ◆ 提出方法 | 被保険者本人 ⇒ 箇所担当者 ⇒ 健康保険組合（任意継続被保険者を除く） |

該当する方を○で囲んでください。
被保険者
家族

療養費支給申請書

平成 30 年 1 月 20 日提出

被保険者証 記号 10 番号 54321		被保険者 氏名 健康 幸子	印	必ずご捺印ください。 ロ生化子株式会社
被保険者の住 所		〒 〇〇〇 - ××××	電話 090 (〇〇〇〇) ××××	
申請 対象者		氏名 健康 幸子	牛年日口	被保険者との続柄 本人
被 保 険 者 記 入 欄	該当する番号に○印		必要な添付書類(原本)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 治療用装具（コルセットなど）		<input checked="" type="checkbox"/> 領収書、内訳書、保険医の証明書	
	<input type="checkbox"/> 2. 小児用弱視等の治療用メガネ・コンタクトレンズ		<input type="checkbox"/> 領収書、保険医の意見(作成指示)書	
	<input type="checkbox"/> 3. 前健保の保険証を資格喪失後に使用した		<input type="checkbox"/> 返還金領収書と診療報酬明細書	
	<input type="checkbox"/> 4. やむをえず保険指定医以外の医療機関に受診した		<input type="checkbox"/> 領収明細書と診療報酬明細書	
	<input type="checkbox"/> 5. 保険証を提示できなかった		<input type="checkbox"/> 領収明細書	
傷病名	左膝外側靭帯損傷		発病または 負傷年月日	平成 29 年 12 月 15 日
発病・負傷の 原因・経過	スノーボードで転倒し負傷 (負傷原因届は別途添付)		負傷の場合 該当項目に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故)によるケガ <input type="checkbox"/> 勤務中、出勤退勤中のケガ
診療または手当 を受けた期間	平成 29 年 12 月 16 日から 平成 年 月 日まで	日間 治療中	療養に要した 費用の額	26,800 立替払をした金額を ご記入ください。
診療を 受けた 医療機関	名称 日本橋〇〇整形外科		所在地 東京都中央区日本橋〇一△一×	電話 03 (〇〇〇〇) △△△△
在籍中 の方	私は事業主を代理人と定め、 の給付金支領に関する権限を委任します。また、代理支領された ことに同意します。			
退職後の方 (任意継続者は記 入)	銀行名	支店名	口座名義(カナ)	預金種別 口座番号
在職中の方は必ずご署名・ご捺印ください。				