

療養費支給申請書(立替払)

医療費を自費負担した場合、当健康保険組合がやむを得ないと認めた分について支給を受けることができます。

＜記入の仕方＞

- ※必ず手書き記入（ボールペン書きとしてください。鉛筆書きは不可です。）
- ※やむを得ない事情を除き（手をケガしてペンが持てない等）、印字による申請書は受付けません。
- ※記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

項目	内容
①被保険者記号番号	①マイナポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書（健康保険証）のいずれかで確認 ※枝番は不要 ※退職後の申請の場合は、在職時の記号と番号をご記入ください（不明な場合空欄可）
②会社の名称	所属会社の名称を記入
③被保険者の氏名	被保険者の氏名を記入
④生年月日	被保険者の生年月日を記入
⑤被保険者の住所	送付物が必ず届く住所を記入（審査後に決定通知書を送付します） ※登録と異なる住所でも構いません ※申請から決定まで数ヶ月時間を要します。その間住所変更した場合は、ご連絡ください。 または郵便局で転送の手続きを行ってください。
⑥連絡先電話番号	被保険者に日中連絡がとれる電話番号（携帯可）
⑦療養を受けた方の氏名	被保険者本人であれば同名を記入、家族であれば家族の氏名を記入 ※受診者が複数いる場合は受診者毎に申請書を作成
⑧傷病名	病院で治療を受けた病名を簡潔に記入（風邪 / 歯科治療 等）
⑨-1傷病の原因	⑧の原因を記入 ※不明な場合は「不明」と記入
⑨-2傷病の背景	該当するものに○をつける ※業務上又は通勤途中の原因による病気やケガは原則労災保険の対象です
⑨-3労働災害・通勤災害の認定を受けているか	⑨-2で「2」又は「3」に該当する方のみ、該当するものに○をつける
⑨-4傷病の原因は第三者行為によるものか	傷病の原因に該当するものに○をつける
⑩発症または負傷の年月日	⑧の発生年月日を記入 ※不明な場合は空白
⑪診療を受けた医療機関等の名称・所在地・医師名	名称：治療を受けた医療機関および薬局の名称を記入 所在地：その医療機関および薬局の住所 医師名：担当の医師名 ※不明および薬局の場合は空白
⑫診療を受けた期間 ※不明な場合は医療機関へ確認ください	立替払の対象となる診療期間を記入（○日間まですべて記入） （例：令和6年12月15日から令和6年12月15日まで1日間） （例：令和6年12月16日から令和6年12月28日まで3日間）
⑬診療又は手当の内容	治療内容を簡潔に記入（問診・検査等）
⑭診療又は手当に要した額	・医療機関等の窓口で自費で支払った場合は、その金額を記入 ・他の保険者の資格で医療機関を受診した場合は、その保険者へ医療費を返還した金額を記入
⑮療養の給付を受けることが出来なかった具体的理由	・該当するものに○をつける ・該当するものがなければ、その他に○をつけ括弧内に理由を記入
⑯振込先銀行口座	療養費の振込先の金融機関を記入（被保険者と同一名義の普通預金口座）

＜添付書類＞

◎添付書類の不備が多いため、必ずご確認ください

医療費を全額自己負担で支払ったとき	①領収書の原本 ②診療（調剤）報酬明細書（レセプトの写し） ※申請する医療機関（病院・薬局）で保険請求のため必要と申し出てもらってください 申し出ないともらえない書類です。必ず見本を参照ください。
国民健康保険など他の保険者の資格で医療機関受診し、その保険者へ医療費を返還したとき	①領収書の原本 返還請求された金額を支払ったことを証明する領収書の原本 ②診療（調剤）報酬明細書（レセプトの写し）・内訳書 医療費を返還した保険者から交付を受けた「診療（調剤）報酬明細書」（あれば内訳書） （封緘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）
ケガ（負傷）による申請の場合	「負傷理由報告書」も添付してください
第三者行為（交通事故やケンカ等）による申請の場合	「第三者行為による傷病届」も添付してください