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）

◆添付書類については、裏面を確認してください。
◆消せるペンは使用しないでください。

被保険者が記入するところ

㋐ 被保険者等の記号・番号		㋑ 被保険者（申請者）の氏名 ※自署または押印	（フリガナ）	㋒ 生年月日	年	月	日

㋓ 被保険者（申請者）の住所	（フリガナ） 〒　　－ 都道府県 電話　（　　）	㋔ 事業所名称	

㋕ 療養が被扶養者の場合	被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日			被保険者との続柄
		年	月	日	

㋖ 傷病名（負傷の場合は 別紙 も記入してください。）	㋗ 発病または負傷年月日（療養開始日）			㋘ 発病の原因および経過
	年	月	日	

㋙ 診療を受けた病院等の	名称	所在地	診察した医師の氏名

㋚ 診療の期間					㋛ 入院・入院外の別	㋜ 入院の場合、入院期間					㋝ 診療に要した費用の額
自	年	月	日	日数	1：入院外	自	年	月	日	日数	
至	年	月	日	日	2：入　院	至	年	月	日	日	円

㋞ 診療の内容	㋟ 療養の給付を受けることができなかった理由（該当する□にチェック（☑）してください。）
	□ A　医療機関等に当組合の保険証を提示できなかったため 理由（いずれかに○を） ①　以前加入の保険証を誤って使用したため　②　手続き中 ③　不携帯（理由：＿＿＿＿＿＿＿＿）　④　その他（　　） □ B　医師の指示により、治療用装具を作成・購入したため

振込希望口座

銀行　信組　金庫　農協　店　本店　支店　出張所　支所

〔 金融機関コード ： □□□□ 〕　〔 店番号 ： □□□ 〕

預金種別	普通 当座 貯蓄	口座番号		口座名義（カタカナで記入）	

備考欄

▼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される）場合に記入してください。

受取代理人の欄

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

年　　月　　日

被保険者（申請者）　住所

氏名

受取人情報	代理人の氏名	（フリガナ）	委任者と代理人との関係	
	代理人の住所	〒　　－ 電話　（　　）		

受付日付印

2024.12

≪記入上の注意≫

1. ㋑欄は、被保険者が亡くなられて、ご遺族の方が申請する場合は、申請者の氏名を記入してください。㋓欄の住所も同様です。
㋔欄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。

2. 被扶養者の療養による申請の場合は、㋕欄にその被扶養者の氏名、生年月日及び被保険者との続柄を記入してください。

3. ㋖欄に記入した傷病の原因が負傷（ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など）の場合は「別紙 負傷原因記入欄」に必要事項を記入してください。

4. ㋘欄は、やむを得ない事情により自費で受診した理由に該当するものにチェックを入れ、下記≪添付書類について≫に掲げる書類を添付してください。なお、「その他」の場合は具体的に理由を記入してください。

5. 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正印を押してください。（修正液等は使用しないでください。）

6 平成29年1月から申請は「被保険者等の記号・番号又は個人番号（マイナンバー）」のどちらかを選択して申請できるようになりました。
個人番号による申請をする場合（備考欄等に記載）は、従来の申請とは添付書類・取扱いなどが異なりますので、給付課（TEL03-3862-5101音声案内②）までご連絡をいただきますようお願い申し上げます。

≪添付書類について≫　（表面㋘欄でチェックした項目に基づきご提出ください。）

㋘の理由	添　付　書　類
A 立替払等	①　■　前保険者から送付された**診療報酬明細書** ■　前保険者に支払った**領収（明細）書**の原本
	②③　■　医療機関等で発行された**診療明細書**（医療機関名、受診者氏名、傷病名、診療内容等が明記されたもの） ■　診療に要した費用額が記載された**領収（明細）書**の原本
	④　【海外で診療を受けた場合】 ■　海外の病院等で発行された「**診療内容明細書（様式Ａ）**」および「**領収明細書（様式Ｂ）**」の原本 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。なお、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。 【生血】 ■　輸血を必要と認めた医師の「**輸血証明書**」（輸血の回数が明記されているもの）および「**領収書**」の原本（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もの）
B 治療用装具	■　医師の「意見および**装具装着証明書**」等 ○　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」 ○　弾性着衣等の場合は、医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」 ○　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」（視力等の検査結果が明記されたもの） ■　**領収書**の原本（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もの）

療養費の支給要件等

■　療養費の支給要件
保険医療機関等の窓口で健康保険を使用すれば、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、医療機関等において健康保険の資格が確認できず自費で診察を受けたとき
○　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
○　海外で治療を受けたとき　　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。

別紙

負傷原因記入欄

㋕欄に記入した傷病の原因が負傷（ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など）の場合は下記に必要事項を記入してください。

診療開始日　　年　　月　　日

医療機関名

負傷した日時	①　　年　　月　　日（　　）⇒ 1.出勤日　2.休日（出勤日以外）　3.その他（　　）
	② 午前　・　午後　　時　　分 頃 上記の時間は⇒ 1.勤務時間中　2.勤務日の休憩中　3.出張中 4. 私用中　5.通勤・帰宅途中　（ 寄り道等　あり　・　なし） 6.その他　（　　）
負傷したときの状況 （場所・原因等）	③ ケガ（負傷）をした場所はどこでしたか 会社内　・　路上　・　駅構内　・　自宅　・　その他（　　）
	④ ケガ（負傷）をした原因で次にあてはまる場合がありますか 交通事故・暴力（ケンカ）・スポーツ中（　職場の行事　・　職場の行事以外　） 動物による負傷（　飼い主　有　・　無　）　・　あてはまらない
	⑤ 「上記④」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか 相手が　有　⇒ あなたは被害者　⟹※　⑦、⑧をご記入ください 無　あなたは加害者 **※「有」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。** （詳しくは東京化粧品健康保険組合業務第二部にお問い合わせください。）
	⑥ 何をしようとしたときに、どこを、どう負傷したか具体的に記入してください
負傷原因が第三者行為による場合 （交通事故 等）	⑦ 相手（住所、氏名、連絡先）
	⑧ 相手との対応（示談等）
上記の負傷について、他の医療機関等での受診の有無	⑨ 他の医療機関等での受診　⇒　有　・　無　※「有」の方は以下も記入してください ・受診は、　通院（　　日）　・　往療（　　日） ・受診した医療機関等　：病院　・　医院（クリニック）・　鍼灸　・　マッサージ ・受診した医療機関名　：