

療養費支給申請書

本人が書く欄（記入モレ箇所のないようにすること）

本人が書く欄（記入モレ箇所のないようにすること）

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-----------------|--|-----------------------|--|-------------|--|----------|--|
| 被保険者の記号・番号 . | | 被保険者の氏名コード | | | | | | | | | |
| 被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です) | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | 本人の現住所 | | 〒 TEL () | | | | | |
| 傷病名 | | | | 発病または負傷の年月日 | | 年 月 日 (負傷の場合は 時ごろ) | | | | | |
| 発病または負傷の原因 | | | | | | | | | | | |
| 傷病の経過 | | | | | | | | | | | |
| 診療を受けた医療機関の名称 | | | | 所在地 | | | | | | | |
| 診療に従事した医師の氏名 | | | | 住所 | | | | | | | |
| 診療の内容 | | 別添 病院・薬局より入手した 診療報酬明細書（レセプト） のとおり ※診療報酬明細書が入手不可の場合、当健保様式の診療明細書を添付してください。 | | | | | | | | | |
| 診療の間 | | 自至 | | 年 月 日 年 月 日 | | 診療に要した費用の額 | | | | | |
| 診療の給付を受けることができなかった理由 | | | | | | | | | | | |
| 第三者行為によって負傷した者であるか否か | | ある ない | | 第三者行為によって負傷した時は | | その事実の届出の有無 | | ある ・ ない | | | |
| | | | | | | 第三者の氏名 | | | | | |
| 申請者が被扶養者に関するときはその者 | | 氏名 | | | | 生年月日 | | S H R 年 月 日 | | 被保険者との続柄 | |
| 上記のとおり申請いたします。 年 月 日 日本交通健康保険組合 御中 | | | | | | | | | | | |

給付金受領委任状

私が支払を受ける上記申請給付金額の受領を

委任します。

年 月 日 被保険者

受付年月日

目 本 交 通 健 康 保 険 組 合

◎療養費の支給申請について

保険証が提示できなかった場合や、医師が療養のため必要と認めた治療用装具を作製したときなどは、医療費や費用をとりあえず本人が全額支払い、あとで健保へ請求して払い戻しを受けることができます。ただし、払い戻される額は**全額ではなく、健保の基準で査定し計算された額**となります。

療養費…被保険者

⇒**基準額の7割**が療養費として払い戻されます。

第二家族療養費…被扶養者

⇒6歳(義務教育就業後)～69歳は基準額の7割、0歳～6歳(義務教育就業前※)は**基準額の8割**が

第二家族療養費として払い戻されます。

※6歳に達する日以後の最初の3月31日以前(義務教育就業前)は、**自己負担2割**。

| 内容 | 必要書類 | |
|--|---------------------|---|
| やむを得ず医療機関にかかり保険証の提示が出来なかった場合など | 被保険者・家族 療養費支給申請書 | ・診療報酬明細書 ・調剤報酬明細書 ・領収書(原本) ㊟1 |
| ギプスやコルセットなど医師が療養上必要と認めた治療用装具を作製した場合 ㊟2 | 被保険者・家族 療養費支給申請書 | ・治療用装具の領収書(原本) ・装具内容内訳明細書 ・保険医の証明書 (同意書、装具装置証明書) |

※**診療報酬明細書・薬剤報酬明細書はお会計時に発行される領収書・診療明細書・薬剤明細書とは異なります。別途病院・薬局へ申請が必要です。**

また、申請書は「病院・薬局別、月別」で1枚ずつ記入が必要です。

例：保険証を持たずに病院へ月跨ぎで2回受診、薬局は1回利用。

⇒申請書3枚記入が必要です。

㊟1 診療報酬明細書は医療機関、調剤報酬明細書は調剤薬局にて発行してもらいますが、稀に発行して頂けない場合があります。

その場合、医師・薬剤師に当健保様式の領収(診療)明細書を記載して頂き、ご提出をお願い致します。

㊟2 健保が内容を確認し、認定したものに限りです。

例えば、使用期間には規定があります。同一装具を使用期間内に再度申請された場合、支給対象外となることがあります。

また、障害認定を受けている場合は支給対象外となります。

※申請には事業主の承認が必要となります。

被 保 険 者
家 族

療 養 費 支 給 申 請 書

(第 回 目)

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|--|---|----------------------------|---------|----------------------|-----|
| 被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号 | | 被 保 険 者 の 氏 名 コー ド | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 日 交 太 朗 | | 日 交 |
| 1 . 12345 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です) | | | | | | | | | | | |
| 事 業 所 名 | | 板橋第一 (営業所名) | | 本 人 の 現 住 所 | | 〒 102-0094 TEL 03 (6265) 6000 東京都千代田区紀尾井町 3-12 (被保険者の現住所) | | | | | |
| 傷 病 名 | | う 蝕 (病名) | | 発 病 また は 負 傷 の 年 月 日 | | 令 和 6 年 12 月 10 日 (負傷の場合は 時 ごろ) | | | | | |
| 発 病 また は 負 傷 の 原 因 | | 不 明 (分かる範囲で記入) | | | | | | | | | |
| 傷 病 の 経 過 | | 治 療 継 続 中 (分かる範囲で記入) | | | | | | | | | |
| 診 療 を 受 け た 医 療 機 関 の | | 名 称 | | 紀 尾 井 町 歯 科 (病院名) | | 所 在 地 | | 東 京 都 千 代 田 区 紀 尾 井 町 3-12 | | | |
| 診 療 に 従 事 し た 医 師 の | | 氏 名 | | 紀 尾 井 二 郎 (医師名) | | 住 所 | | 東 京 都 千 代 田 区 紀 尾 井 町 3-12 | | | |
| 診 療 の 内 容 | | 別 添 病 院 ・ 薬 局 より 入 手 し た 診 療 報 酬 明 細 書 (レセプト) の と お り ※ 診 療 報 酬 明 細 書 が 入 手 不 可 の 場 合 、 当 健 保 様 式 の 診 療 明 細 書 を 添 付 し て く だ さ い 。 | | | | | | | | | |
| 診 療 の 期 間 | | 自 至 | | 令 和 6 年 12 月 11 日 令 和 6 年 12 月 27 日 | | 診 療 に 要 し た 費 用 の 額 | | 10,000円 | | | |
| 診 療 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由 | | ・ 以 前 の 保 険 証 を 利 用 し た た め ・ 保 険 証 (資 格 確 認 書) が 届 く 前 に 受 診 し た た め 等 理 由 を 記 入 | | | | | | | | | |
| 第 三 者 行 為 に よ っ て 負 傷 し た 者 で あ る か 否 か | | あ る な い | | 第 三 者 行 為 に よ っ て 負 傷 し た 時 は | | そ の 事 実 の 届 出 の 有 無 | | あ る ・ な い | | | |
| 申 請 者 が 被 扶 養 者 に 関 す る と き は そ の 者 | | 氏 名 | | 日 交 桜 | | 生 年 月 日 | | S H R 5年12月1日 | | 被 保 険 者 と の 続 柄 子 | |
| 上 記 の と お り 申 請 い た し ま す 。 | | | | | | | | | | | |
| 令和7 年 1 月 12 日 日本交通健康保険組合 御中 | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|-----------------|
| 給 付 金 受 領 委 任 状 | |
| 私 が 支 払 を 受 け る 上 記 申 請 給 付 金 額 の 受 領 を 委 任 し ま す 。 | |
| 令和7 年 1 月 12 日 | 被 保 険 者 日 交 太 朗 |

| |
|-----------|
| 受 付 年 月 日 |
|-----------|

日 本 交 通 健 康 保 険 組 合

領 収 (診 療) 明 細 書

(年 月)

| | | | | | | | | |
|-----------|-------------------|-----------|----|--------|-----------|---------------|-------|----|
| 患者名 | | | | 傷病名 | | | | |
| 入 院 外 | | | | 入 院 | | | | |
| 初 診 | | 時間外・休日・深夜 | | 回 | | 内 訳 | | |
| 再 診 | 再 診 | × | 回 | 投 薬 | 内 服 | 単位 | | |
| | 外 来 管 理 加 算 | × | 回 | | 屯 服 | 単位 | | |
| | 時 間 外 | × | 回 | | 外 用 | 単位 | | |
| | 休 日 | × | 回 | | 調 剤 | 日 | | |
| | 深 夜 | × | 回 | | 麻 毒 | 日 | | |
| 指 導 | | | | 調 | | 基 | | |
| 在 宅 | 往 診 | | 回 | 注 射 | 皮 下 筋 肉 内 | 回 | | |
| | 夜 間 | | 回 | | 静 脈 内 | 回 | | |
| | 深 夜 ・ 緊 急 | | 回 | | そ の 他 | 回 | | |
| | 在宅患者訪問診療 そ の 他 | | 回 | | | | | |
| 投 薬 | 薬 剤 | × | 単位 | 処 置 | 薬 剤 | 回 | | |
| | 屯服 薬 剤 | | 単位 | | 手 術 ・ 麻 酔 | 回 | | |
| | 外用 薬 剤 | × | 単位 | | 薬 剤 | 回 | | |
| | 処方 薬 剤 | × | 回 | | 検 査 | 回 | | |
| | 麻 毒 調 基 | | 回 | | 薬 剤 | 回 | | |
| 調 剤 | 皮 下 筋 肉 内 | | 回 | 入 院 | 入院年月日 | | 年 月 日 | |
| | 静 脈 内 | | 回 | | 病 診 衣 | 入 院 料 | × | 日間 |
| | そ の 他 | | 回 | | | 入 院 医 学 管 理 料 | × | 日間 |
| 処 置 | 薬 剤 | | 回 | 食 事 | 特定入院料・その他 | | | |
| 手 術 ・ 麻 酔 | 薬 剤 | | 回 | | 基 準 | | | |
| 検 査 | 薬 剤 | | 回 | | 円 | × | 日間 | |
| 診 画 断 像 | 薬 剤 | | 回 | | | 円 | × | 日間 |
| | 他 所 方 せ ん | × | 回 | | | 円 | × | 日間 |
| 合 計 | 円 | | | 合 計 | | 円 | | |

上記の通り領収(診療)いたしました。
年 月 日 電話 — —
住所 〒
医師の 氏名 印

日本交通健康保険組合

※すでに申請の対象となる費用について領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療報酬明細書」として所定の事項を記入してください。
※百七五円以下の薬剤名・検査名・処置名等についても記入してください。