

# 健康保険 療養費支給申請書

(立替払等、治療用装具、生血)

記号番号	記号	番号	被保険者 (申請者) 氏名・生年月日	昭和 平成	年	月	日
住所	〒						
連絡先	TEL [ ] ※日中つながる電話番号を記入ください。						
事業所名							
①受診者について							
<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/>被扶養者(家族)</span>							
→被扶養者の場合、下記をご記入ください。							
【被扶養者氏名】 [ ] 【続柄】 [ ]							
【生年月日】 [ 昭和・平成・令和 年 月 日 ]							
②傷病名を教えてください。							
【傷病名】 [ ]							
③第三者行為によるものですか？							
<input type="checkbox"/> はい <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/>いいえ</span>							
→「はい」の場合、「第三者行為による傷病届」等のご提出が必要となります。当組合では第三者行為に関係する業務をガリバーインターナショナルへ委託しておりますので、ご申請前に「ガリバーインターナショナル 求償課」へご連絡ください。 TEL:03-3527-3728 E-MAIL:tky-kyusyou@gulliver.co.jp							
④療養費の申請理由をお答えください。							
<input type="checkbox"/> 1. 保険証を持っていなかった (理由: ) <input type="checkbox"/> 2. 誤って前の保険証を使用したため <input type="checkbox"/> 3. 治療用装具を作成したため							
振込先	銀行・農協 信組・金庫			支店 出張所			
	[金融機関コード]				[支店名]		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			口座番号		
	口座名義	カタカナで記入					
※被保険者以外の口座に振込を希望される場合は、委任状(健保HPに掲載)を記入、添付ください。							

【添付書類】

申請事由	添付書類
保険証を持っておらず、自費で診療を受けたとき	①診療報酬明細書の原本 ②領収書原本
誤って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 ②医療費返還した際の領収書原本
治療用装具(コルセット)	①保険医の作成指示書の原本 ②領収書と明細書(内訳書)の原本
弱視眼鏡等の治療用眼鏡等	①保険医の治療用眼鏡等の作成指示書の写し ②患者検査結果の写し (①に検査結果の記載ある場合不要) ③領収書原本
四肢リンパ腫瘍治療のための弾性着衣等	①保険医の弾性着衣等の装着指示書原本 ②領収書原本
生血	①輸血証明書の原本 ②領収書原本

健保受付日付印

【備考】

※詳しくは、「記入上の注意」よりご確認ください。

◎支給日・・・申請書の受付日によって以下の通りとなります。

1日～15日受付分 当月月末  
16日～月末受付分 翌月15日

◎支給決定通知書・・・支給日後にPep upを通じた

「医療費のお知らせ兼給付金支給決定通知書」にてお知らせいたします。

Pep Upへの反映日は以下の通り、支給日によって異なります。

【反映日】 15日支給: 当月25日 月末支給: 翌月25日

## 記入上のご注意

1. 記号・番号は保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書等に記載されています。
2. ④は該当するものにレ点をお願いいたします。
3. (振込希望口座等)について
  - 振込先が被保険者(申請者)の口座の場合は振込口座記入欄を記入してください。
  - 給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、委任状(健保HPに掲載)を記入、添付ください。

[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。
  - ・振込希望口座欄の記入は不要です。

[その他の受領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。
  - ・振込希望口座欄に受領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診療報酬明細書(レセプト)の原本 ※保険点数、医療機関(調剤薬局)の名称および所在地が記載されていれば、診療明細書にて代用可能です。 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保険医の作成指示書の原本(医師が治療上装具を必要と認めた証明書) 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)
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療養担当に当たる保険医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(「弱視治療用眼鏡代金(フレーム●円、レンズ●円)」等と、具体的な但し書きの記載があり、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	※リンパ節郭清術を伴う悪性腫瘍の術後に発生する四肢のリンパ浮腫治療で使用されるもので、着圧 30mmHg 以上の弾性着衣が対象。 ①療養担当に当たる保険医の弾性着衣等の装着指示書の原本(装着部位、手術年月日、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

※領収証原本は返却できません。

自治体への還付申請等で領収証が必要な場合、原本と内容相違がない旨を証明した写しを発行できますのでご希望の方は「原本証明発行希望」の旨、備考欄やメモ書き等でお知らせください。

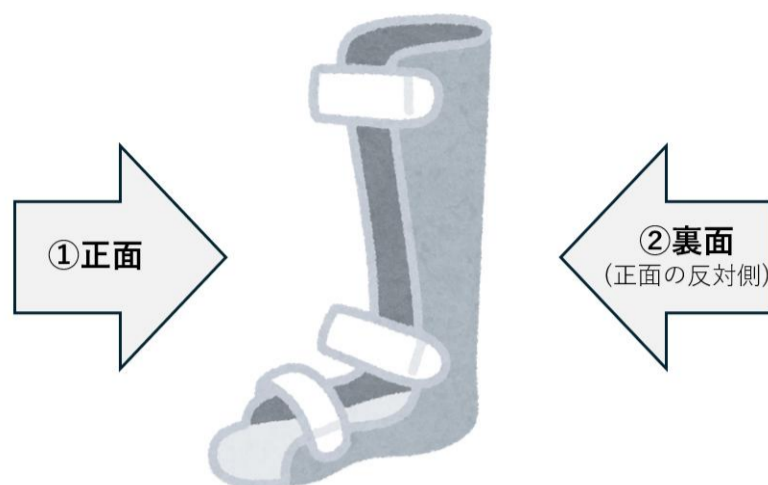
※健康保険の給付を受ける権利は 2 年間で消滅します。

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虚偽の申請等不正行為が発覚した場合は、健康保険法第58条により、既に受けている保険給付を返還いただき、さらに同法第120条により、6ヶ月を限度に罰則的給付制限を行うことがあります。

<お問い合わせ先> YG健康保険組合 TEL: 03(3511)8201

別紙1.靴型装具の撮影について

下記図のように、①正面、②裏側(正面と反対側)を撮影してください。



【提出方法】どちらか一方でご対応ください。

①プリントしたものを申請書と併せて提出

②メールで提出

メールで提出される場合は、右記QRコードを読み取りください。

また、メール本文に申請者情報(記号・番号、氏名)を記載し、送信ください。

