

健康保険療養費支給申請書

(立替払等、治療用装具、生血)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号と番号	記号			② 被保険者(申請者)の 氏名・生年月日 (自 著)											
	社員番号	番号					昭和・平成 年 月 日									
	③ 被保険者 (申請者) の住所	〒														
	④ 事業所の名称	TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください														
	⑤ 受診者が家族 (被扶養者) の場合	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者との 続柄							
	⑥ 傷病名							⑦ 第三者行為に よるものですか	いいえ・はい							
	⑧ 発病または負傷の 原因及びその経過	(いつ)	平成・令和	年	月	日	(どこで)	(何をしています)								
	⑩ 診療を受けた 医療機関等	名称							診療を担当した 医師氏名							
		所在地														
	⑪ 診療の期間 (立替払の 場合)	平成 ・ 令和	年	月	日	から	日数	診療区分	入院の場合、その入院期間							
			年	月	日	まで	日	入院 ・ 外来	平成 ・ 令和	年	月	日から	年	月	日まで	日間
	⑫ 装着日 (治療用装 具の場合)	平成 ・ 令和	年	月	日		入院 ・ 外来	平成 ・ 令和	年	月	日から	年	月	日まで	日間	
	⑬ 診療の内容							⑮ 診療に要した費用の額	円							
⑭ 療養の給付を受 けることができな かった理由	1. 保険証を持っていなかったため (理由:) 2. 誤って前の保険証を使用したため 3. 治療用装具を作成したため															

健保受付日付印

振 込 希 望 口 座	銀行・信組 金庫・農協		支店・出張所	
	[金融機関コード]		[店番号]	
	預金種別	口座番号	フリガナ	
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座名義	

◎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する)場合は、下記の委任状へ記入してください。

委 任 状	私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※口にチェックを入れて下さい。		
	<input type="checkbox"/> 事業主の選定した保険給付金受領代理人		
	<input type="checkbox"/> その他の受領代理人		
	被保険者 (申請者)	住所	氏名
受 取 代 理 人 情 報	代理人住所	〒	
		TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。	
	代理人氏名	フリガナ	

[備考]

社会保険労務士の提出代行者記載欄

記入上のご注意

- ①記号・番号は保険証に記載されています。
- ⑤は家族(被扶養者)の療養による申請の場合のみ記入してください。
- ⑦傷病が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」が必要となります。申請前に健保までご連絡ください。

4.⑩は診療を受けた医療機関、調剤薬局等について記入してください。

※医師氏名、薬剤師氏名が不明の場合は空欄としてください。

5.⑭は該当する数字をマルで囲んでください。1.に該当する場合は、理由も併せて記入してください。

6.(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のみ記入してください。

■給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、委任状欄の記入が必要となります。

委任状の「事業主の選定した保険給付金受領代理人」、「その他の代理人」のいずれかにチェック回を入れ、

[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 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(フレーム、レンズ等それぞれの価格の内訳、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

※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翌日)」となります。

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