

健康保険療養費支給申請書

(立替払等、治療用器具、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)	健保 太郎		
	社員番号	番号 ○○○○	昭和・平成 80 年 8 月 10 日			
	③ 被保険者(申請者)の住所	住所は被保険者のご自宅の住所、電話番号は日中つながる電話番号をご記入ください。				
	④ 事業所の名称	株式会社	家族(被扶養者)の療養に対する申請の場合のみご記入ください。	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	健保 桃子	生年月日	昭和 平成 15 年 7 月 25 日	被保険者との続柄	長女
⑥ 傷病名	左膝前十字韧带損傷				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 31 年 4 月 10 日	(どこで)	部活中(バレーボール部)		転倒して負傷
⑩ 診療を受けた医療機関等	名称	□□整形外科		診療を担当した医師 氏名	○○ △△	
	所在地	東京都渋谷区○○1-2-3				
⑪ 診療の期間(立替払いの場合)	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
⑫ 装着用具(治療用器具の場合)	平成 令和	31 年 4 月 25 日		入院 外来	平成 令和	31 年 4 月 10 日から 31 年 4 月 28 日まで
⑬ 診療の内容					⑮ 診療に要した費用の額	85,600 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: 誤って前の保険証を使用したため 2. 治療用器具を作成したため 3.)				健保受付日付印	

被保険者名をご記入ください。(被扶養者に関する申請でも、申請者は被保険者となります)

「はい」の場合は他に提出いただく書類がありますので、健保までご連絡ください。

「立替払い」の各項目は、治療用器具の申請の場合は、記入不要です。

治療用器具の購入費用をご記入ください。

該当する数字を○で囲んでください。

(申請者)被保険者名義の口座をご記入ください。申請者名義以外の口座を記入する場合は、下記の委任状の記入が必要です。

〔被扶養者〕
被保険者名義以外の口座への振込を希望する場合は、委任状の記入押印が必要です。「その他の受領代理人」を選択した場合は、振込希望口座欄も記入してください。

振込希望口座	銀行 信組 支店・出張所	金融機関コード	1 2 3 4	[店番号]	1 2 3
預金種別	口座番号	フリガナ	ケンポ タロウ		
<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	1 2 3 4 5 6 7	口座名義	健保 太郎		

◎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。 ※口にてチェックを入れて下さい。	
	□事業主の選定した保険給付金受領代理人	
	□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。
	フリガナ	
代理人氏名		

社会保険労務士の提出代行者記載欄
YG健康保険組合

R3.2.1

【添付書類】

申請事由	添付書類
治療用器具(コルセット)	①保険医の意見書の原本(医師が治療上器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。