

被保険者 健康保険 家族 療養費支給申請書

(立替払 ・ 治療用装具 ・ 海外療養費 ・ 生血 ・ はり灸 ・ あん摩マッサージ指圧)

記入例を参考に必要事項を記入し、添付書類とあわせてご申請ください。

| | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|------|----------|----------|---------|----------------------|----------------------|--------|-----------------------|---|----------|----|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者の記号・番号 | | 被保険者の氏名 | | | | 事業所の名称 | | | | | |
| | 記号 | | 番号 | | | | | | 慶應義塾 ・ 慶應義塾大学医学部 | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | 被保険者の住所 | | 〒 - | | | | | | | |
| | 昭和 | | 平成 年 月 日 | | 電話(携帯) | | () ※日中連絡のつくところ | | 内線 | | | |
| | 平成 | | | | メールアドレス | | | | @ | | | |
| | 療養が被扶養者に関する場合 | | 被扶養者の氏名 | | | | 被扶養者の生年月日 | | | | 被保険者との続柄 | |
| | | | | | | | 昭和 平成 令和 年 月 日 | | | | | |
| | 傷病名 | | | | | | 発病または負傷年月日(療養開始日) | | | | | |
| | | | | | | | 昭和 平成 令和 年 月 日 | | | | | |
| | 発病または負傷の原因および経過 | | | | | | 第三者行為によるものですか | | 通勤途上や勤務時間中の発病または負傷ですか | | | |
| | | | | | | | はい ・ いいえ | | はい ・ いいえ | | | |
| | 診療を受けた病院等 | | 名称 | | | | | | 診療に要した費用の額 | | | |
| | | | 所在地 | | | | | | | | | |
| | | | 医師名 | | | | | | 円 | | | |
| 診療の期間(支給期間) | | | | 入院・入院外の別 | | 入院の場合、左記の入院期間 | | | | | | |
| 自 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 日数 | 入院 ・ 入院外 | 自 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 日数 |
| 至 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 日 | | 至 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 日 |
| 診療の内容 | | | | | | 療養の給付を受けることができなかった理由 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 支払金融機関 <small>※任意継続・特例退職のみ</small> | | 銀行 | | | | 本店 | | 口座名義 | | | | |
| | | 金庫 | | | | 支店 | | (フリガナ) | | | | |
| | | 口座番号 | | | | 預金種別 | | 1.普通 | | | | |
| | | | | | | | | 2.当座 | | | | |
| | | | | | | | | 3.その他 | | | | |

| | | | | | | | | |
|-----------------------|-------|--|--|--|-------|--|--|--|
| 健 保 記 入 欄 | 備考・計算 | | | | 支給決定額 | | | |
| | | | | | 円 | | | |

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

~~~~~ 受付日付印 ~~~~~

## ◆療養費の支給要件

健康保険では、保険医療機関等の窓口で保険証を提示すれば、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。

## ◆療養費の支給額

保険者が健康保険の基準で計算した額から、その額の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。ただし、海外での診療など、実際に支払った額の方が前述の基準額より低い場合には、実際に支払った額をもとに計算します。

## ◆申請の注意点

- 治療が数ヶ月にわたる場合、同一人が同一月に同一医療機関等(入院・外来・調剤別)で支払った額毎に申請してください。
- 診療日(療養に要した費用を支払った日の翌日)から2年以内に申請してください。
- 治療用装具は定められた耐用年数期間内は再支給できません。  
治療用眼鏡、治療用弾性着衣等は支給の上限金額が定められています。

| 申請する給付の種類                                                       | 添付書類                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 保険証を持たずに診療を受けた場合                                                | ①領収書と明細書の原本<br>(項目ごとに点数や金額が記載されたもの)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 国保や他の保険者の保険証を使用し医療費返還を行った場合                                     | ①医療費を返還した際の領収書の原本<br>②診療内容明細書(レセプト)の写し ※封を開けずに添付してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 治療用装具(コルセット等)を医師の指示により作成・装着した場合                                 | ①領収書と明細書の原本<br>(装具の名称、種類、個数およびその内訳別の金額が記載されたもの/②の保険医の指示日以降の支払日のもの)<br>②保険医の意見書および装具装着証明書<br>(医師が治療上装具を必要と認め、かつ装着日の確認ができる証明書)<br>③装具の写真(靴型装具に限る)<br>(装具の全体像(正面・側面)/付属品が複数ある場合は全ての装具/ロゴ・サイズ・品番・メーカー表記)                                                                                                                                                                     |
| 9歳未満の小児が「小児弱視」「斜視」「先天白内障術後の屈折矯正」の治療で、眼鏡やコンタクトレンズを医師の指示により購入した場合 | ①領収書と明細書の原本<br>(宛名は装着者(対象児)名/記載金額は税込みの実際の購入金額/「弱視治療用眼鏡」と明記されたもの/②の保険医の指示日以降の支払日のもの)<br>②保険医の眼鏡等作成指示書 または 眼鏡処方箋(病名が記載されたもの)<br>③患者の検査書<br>(②に検査結果の記載がある場合は不要)                                                                                                                                                                                                             |
| 「四肢のリンパ浮腫」の治療で、治療用弾性着衣等を医師の指示により購入した場合                          | ①領収書と明細書の原本<br>(種類(商品名・型番等)、個数およびその内訳別の金額が記載されたもの/②の保険医の指示日以降の支払日のもの)<br>②保険医の弾性着衣等装着指示書<br>(装着部位、手術年月日、着圧指示が明記されているもの)<br>※「着圧指示」が30mmHg未満の場合は、装着が必要な理由が記載されていること<br>※「弾性包帯」の場合は、包帯の装着を指示する理由が記載されていること                                                                                                                                                                 |
| 海外で診療を受けた場合<br>(日本国内で保険診療として認められている医療行為に限る)                     | ①診療内容明細書(様式A)(歯科の場合は「歯科診療内容明細書(様式C)」)<br>②領収明細書(様式B)<br>③現地で支払った領収書の原本<br>④海外渡航確認書類<br>(パスポート、ビザ、航空券等、当該渡航期間が分かる部分のコピー)<br>⑤海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書<br>⑥各添付書類の日本語の翻訳文<br>(翻訳者の署名・捺印、住所、電話番号を記載)                                                                                                                                                                             |
| 生血の輸血を受けた場合                                                     | ①輸血証明書 ②領収書の原本                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 医師の同意によりはり・灸、あん摩・マッサージ・指圧の施術を受けた場合                              | ①はり・灸用/あん摩・マッサージ・指圧用 療養費支給申請書(施術者発行)の原本<br>②領収書の原本<br>(全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるもの)<br>③医師の施術同意書の原本<br>※初療日から6ヶ月(変形徒手矯正術は1ヶ月)を経過した時点でさらに施術を受ける場合は、再度、医療機関の保険医(主治医)の診察のうえ、施術同意(再同意)を受けることが必要<br>④施術報告書(施術者発行)の写し(該当する場合)<br>※施術者の施術報告書交付料の算定が行われている場合は必要<br>⑤往療状況確認書(施術者発行)の原本(該当する場合)<br>※往療の施術を受けた場合は必要。また、③に「往療を必要とする理由(患者が疾病や負傷のため自宅で静養している場合等、外出等が制限されている状況)」の記載が必要 |

詳細は当健保組合Webページ(<http://www.kenpo.keio.ac.jp/>)をご覧ください。

他の申請で領収書(原本)が必要な場合は、療養費支給後に領収書の代わりにする証明書を発行しますのでお申し出ください。