

【注意事項】

- ① 申請書は、月(1日から末日)を単位に申請してください。
- ② 受診者ごとに、医療機関、医科、歯科、入院、通院に分けて申請してください。(薬局は処方箋を交付した医療機関の申請に含めてください。)
- ③ 海外で治療したときは、当申請書とは別の申請書(海外療養費支給申請書)にて申請してください。

【支給を受ける条件】

次に該当する場合に、住友理工健康保険組合がやむを得ないと認めるときに療養費が支給されます。

- ① 保険証の交付を受けるまでの間に傷病にかかり、被保険者資格があることを証明できないため、自費で診療を受けたとき
- ② 近くに保険医療機関がなく、緊急を要するためやむを得ず健康保険が利用できない医療機関で診療を受けたとき
- ③ 住友理工健康保険組合の加入期間に、資格がなくなった他の保険者の保険証を使用して診療等を受け、医療費の返還を行ったとき
- ④ 生血液の輸血を受けたとき  
 (保存血を輸血した場合は、原則、保険診療の対象となるため療養費を請求する必要はありません)
- ⑤ 臍帯血等を搬送したとき

【支給額】

申請書に添付された診療明細書等により、住友理工健康保険組合が「健康保険の療養に要する費用の額の算定方法(診療報酬点数表)」に基づき計算した額から、加入者が窓口負担すべき額を引いた額

※実際に支払った額(返還した額)の中に保険診療が認められていない処置や薬剤、病気の予防を目的とする予防注射等の費用が含まれている場合は、支給計算から除かれます。

※臍帯血等を搬送したときは、この算定方法ではありません。

【添付書類】

医療費を自費で支払ったとき(立替払)	診療報酬明細書 病院または薬局で依頼し、発行してもらってください 領収書(領収明細書)の原本 診療に要した費用を証明した領収書の原本
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	診療報酬明細書 医療費を返還した保険者から交付を受けた診療報酬明細書 (封かんされているときは開封しないで封筒ごと添付してください) 医療費を返還した保険者から交付されなかった場合は、当組合にお問い合わせください 領収書の原本 返還請求された金額を支払ったことを証明する領収書の原本
生血液を輸血したとき	輸血証明書 輸血回数がききさいされたもの 領収書の原本 血液にかかる費用額や移送にかかった費用額の内訳が記載されている領収書の原本
臍帯血を搬送した場合等	領収書の原本 搬送に要した費用を証明した領収書の原本 以下の事項を記載した医師または歯科医師の意見書 傷病名、搬送理由、搬送元・区間(詳細な経路)・期間・回数
ケガ(負傷)による申請の場合	「負傷原因届」
第三者による傷病の場合	「第三者行為による傷病届」
被保険者が亡くなり、相続人の方が請求する場合	被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)  
家 族

1 2  
被保険者(申請者)記入用

提出日 平成 30 年 4 月 15 日

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	※保険証の上部に記載されています。				生年月日	年	月	日
	氏名・印 (自署の場合は押印 省略できます)	(フリガナ) ケンポ タロウ	1 5		2 3 6 9 1 7 9		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	5 8 1 1 0 6	
	住所	(〒 485 - 0831 )	愛知県小牧市〇〇〇1 - 〇 - 〇 △△マンション〇〇〇号室						
	電話番号 (日中の連絡先)	自宅 0568 ( xx ) xxxx	携帯 090 ( xxxx ) xxxx						
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)									

照会	照会等の同意	私は、本手当の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、担当医、事業主、年金事務所、労働基準監督署、又は他の関係する保険者等に必要な情報を提示すること及び照会することに同意します。また、照会先が貴保険組合に情報を提示することに同意します。なお、この請求書の写しも有効であることに同意します。	氏名	健保 太郎
----	--------	--	----	-------

振込先指定口座	金融機関名称	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他( )	〇〇〇〇	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)			口座名義の区分
ケンポ° タロウ					

「2」の場合は必ず記入ください。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。			平成 年 月 日
	代理人(口座名義人)	住所	(〒 - ) TEL ( )		住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	氏名	(フリガナ)			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です  
・マイナンバー 記入不要  
被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1 2 被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名 健保 太郎

申請内容	1 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名 健保 二郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 18年 10月 25日
	2 傷病名	左足首捻挫	3 発病または 負傷年月日	平成 30年 3月 9日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	2 1. 病気 (原因および経過) <b>詳しく記入してください</b> 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。		
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		〇〇整形外科	小牧市〇〇1-1	〇〇 〇〇
	6 診療を受けた期間	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		△△調剤薬局	小牧市〇〇1-2	△△ △△
	6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	(平成) 年 月 日 年 月 日 <b>自費で診療を受けた期間と日の数を記入</b>		
7 療養に要した費用の額	11,180 円 <b>自費で支払った金額を記入</b>			
8 診療の内容	診察のうえ、湿布薬を処方された。			
9 療養費の支給申請の理由	1 1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 9. その他 (理由)			