

- 被保険者  
 被扶養者

## 療養費支給申請書

記号・番号は、〔マイナポータル〕アプリでご確認ください

|   |  |   |                   |   |  |              |
|---|--|---|-------------------|---|--|--------------|
| 記号  |  | 番号  | 所属名               |   |  |              |
|   |  |   | 本店・本部<br>支社<br>会社 |   |  | 課・室・G<br>営業部 |
| 被保険者氏名<br>(フリガナ)                          |  | 生年月日  |                   | S・H 年 月 日   |  |              |
| 受診者氏名                                     |  | 生年月日  |                   | 被保険者<br>との続柄  |  |              |
| S・H・R 年 月 日                               |  |   |                   |   |  |              |
| 傷病名                                       |  | 傷病の原因が「ケガ」の場合、①②の項目にチェック  |                   |   |  |              |
| 発病または<br>負傷年月日                            |  | R 年 月 日   |                   | ①業務上または通勤災害ですか？<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>↳ 健保対象外です。労災申請してください。  |  |              |
| 受診年月                                      |  | R 年 月   |                   | ②交通事故（自損事故含む）・第三者（相手あり）ですか？<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>↳ 「第三者行為傷害事故届」 <input type="checkbox"/> 提出済 <input type="checkbox"/> 未提出 |  |              |
| (いずれかにチェック)                               |  | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来   |                   |   |  |              |
| 傷病の原因<br>(いずれかにチェック)                      |  | <input type="checkbox"/> ケガ <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> その他 ( )  |                   |   |  |              |
| 保険診療を受け<br>られなかった理由<br>(いずれかにチェック)        |  | <input type="checkbox"/> a. 自費で受診した（マイナ保険証不携帯、オンライン資格確認エラー等）<br><input type="checkbox"/> b. 前加入健保へ医療費を返納した<br><input type="checkbox"/> c. 治療用装具を作製・装着、弾性着衣を購入した<br><input type="checkbox"/> d. 小児弱視用眼鏡を作製・装着した<br><input type="checkbox"/> e. 柔道整復師（整骨院・接骨院）にて施術を受けた<br><input type="checkbox"/> f. はり・きゅう（鍼灸）・マッサージ（按摩）治療を医師の同意を得て受けた<br><input type="checkbox"/> g. その他 ( ) |                   |   |  |              |
| 上記のとおり申請いたします。<br>併せて、給付金の受領を事業主に委任いたします。 |  |   |                   | R 年 月 日   |  |              |
| 被保険者住所<br>〒 -                             |  | 被保険者氏名  |                   |   |  |              |

靴型装具を作製された場合は、  
別紙「靴型装具 写真貼付台紙」も提出ください。

<留意事項>

- 被保険者または被扶養者が健康保険が適用されるにも関わらず、やむを得ない事由のため、全額自己負担したときに健保組合がその必要を認めた場合に限って支給されます。
- 本申請書および領収証提出に当たっては、次の事項を厳守してください。
  - ア. 申請書および領収証は、必ず暦月1カ月毎に用紙を改めてください。（診療報酬明細書1枚につき申請書1枚）
  - イ. 同月に入院・外来両方がある場合には、それぞれの申請書および領収証（原本）を1枚ずつ提出ください。
- 傷病の原因が、②交通事故（自損含む）、第三者行為かつ相手ありの場合  
「第三者行為傷害事故届」（日本生命健康保険組合オフィシャルHPより出力）を提出してください。



**療養費（治療用装具・治療用眼鏡・弾性着衣等を作製したとき）の  
ご請求前に必ずご確認ください**

目的

- ・医師の同意の下、治療用装具を作製・装着・購入したときの申請手続き
- ・申請により、健康保険負担分を還付する。

＜治療用装具とは＞

医師が治療上必要であると認めて、医師の指示により制作したものが対象となる。

(例) ・関節用装具、コルセット

・弾性着衣

リンパ節郭清術を伴う悪性腫瘍の術後に発生する、四肢のリンパ浮腫で使用される、着圧30mmHg以上の弾性着衣が対象

※再購入の場合は、前回購入時から6ヶ月経過後であれば支給可

※1着あたり、弾性ストッキング:28,000円（片足用は25,000円）、弾性スリーブ:16,000円、

弾性グローブ:15,000円を上限とし、購入に要した費用の範囲内で支給（超えた部分は不支給）

・小児弱視用眼鏡

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製した、

治療用眼鏡およびコンタクトレンズが対象

※下記の額（税込）を上限とし、作成または購入に要した費用の7割（未就学児の場合は8割）を支給

|                     | 上限額（R6年4月1日以降） | 上限額（R6年3月31日以前） |
|---------------------|----------------|-----------------|
| 眼鏡                  | 40,492円        | 38,902円         |
| コンタクトレンズ<br>(1枚あたり) | 13,780円        | 16,324円         |

添付書類

＜治療用装具（コルセット・ギプス等）を作製・装着した場合＞

①領収書（原本）

※内訳が記載されているもの

※領収日が医師証明日と同日または、それ以後であること

②医師の治療用装具製作指示装着証明書（原本）

③靴型装具の現物写真

※靴型装具を作製した場合のみ、「靴型装具 写真貼付台紙」に写真貼付のうえ提出

＜弾性着衣を購入した場合＞

①領収証（原本）

②医師の弾性着衣等装着指示書（原本）

※内訳が記載されているもの

※領収日が医師証明日と同日または、それ以後であること

＜小児弱視用眼鏡を作製・装着した場合＞

①領収証（原本）

※価格の内訳が記載されているもの

※領収日が医師証明日と同日または、それ以後であること

②医師の弱視等治療用眼鏡作製指示書（原本）

③検査結果の写し

提出締切

健保組合に毎月10日までの到着分は、原則翌月給与処理にて支給する。(不備のない場合)  
グループ会社職員はグループ会社経由、退職者は退職時の所属経由、任意継続および特例退職の被保険者は登録口座へ支給。

**療養費（自費で受診したとき）のご請求前に必ずご確認ください**

|             |  |
|-------------|--|
| <p>目的</p>   | <p><b>&lt;マイナ保険証不携帯、オンライン資格確認エラー（※）等の場合&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・出先で急病になったり、マイナ保険証不携帯、オンライン資格確認エラー等で、自費（10割負担）で受診した場合の申請手続き</li> <li>・申請により、健康保険負担分を還付する。</li> </ul> <p align="center">（※）医療機関へマイナ保険証を提示するも何らかの理由で健康保険情報の確認ができない場合等</p> <p><b>&lt;前加入健保へ医療費を返納した場合&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日本生命健保へ加入後に受診した医療費について前加入健保（国民健康保険等）より請求がきたため返納した場合の申請手続き</li> <li>・申請により、健康保険負担分を還付する。</li> </ul>   |
| <p>添付書類</p> | <p><b>&lt;マイナ保険証不携帯、オンライン資格確認エラー等の場合&gt;</b></p> <p>①医療機関に支払った領収書（原本）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療点数が明記されたもの<br/>→支払金額が10割負担と確認できない領収書の場合、診療報酬明細書も必要</li> <li>・診療報酬明細書は医療機関へ依頼し受領する（封入されているので開封厳禁）</li> </ul> <p><b>&lt;前加入健保へ医療費を返納した場合&gt;</b></p> <p>①誤って使用した健康保険（国保等）に医療費を返納した際の領収書（原本）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院に支払った領収書は必要ありません</li> </ul> <p>②診療報酬明細書</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・診療報酬明細書は前加入健保（国保等）へ医療費を返納する際に依頼し受領する（封入されているので開封厳禁）</li> </ul> |
| <p>提出締切</p> | <p>健保組合に毎月10日までの到着分は、原則翌月給与処理にて支給する。（不備のない場合）<br/>グループ会社職員はグループ会社経由、退職者は退職時の所属経由、任意継続および特例退職の被保険者は登録口座へ支給。</p>   |

**療養費（柔道整復師、はり・きゅう、マッサージ治療を受けたとき）の  
ご請求前に必ずご確認ください**

|      |   |
|------|---|
| 目的   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・柔道整復師（整骨院・接骨院）から施術を受けたとき、または鍼灸院で鍼灸治療・マッサージ治療を自費（10割負担）で受けた場合の申請手続き</li> <li>・申請により、健康保険負担分を還付する。</li> </ul>   |
| 添付書類 | <p><b>&lt;柔道整復師（整骨院・接骨院）にて施術を受けた場合&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①領収証（原本）</li> <li>②柔道整復施術療養支給申請書（原本）</li> </ul> <p><b>&lt;はり・きゅう・マッサージ治療を受けた場合&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①領収証（原本）</li> <li>②鍼灸治療・マッサージ施術治療を必要とする旨の医師の同意書または診断書<br/>※有効期間6ヵ月以内のもの</li> <li>③療養費支給申請書（はり・きゅう用）（原本）<br/>療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）（原本）</li> </ul> |
| 提出締切 | <p>原則、受診月から3ヵ月後以降に支給。（不備のない場合）</p> <p>グループ会社職員はグループ会社経由、退職者は退職時の所属経由、任意継続および特例退職の被保険者は登録口座へ支給。</p>  |