

記入上の注意

2 1 診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当てを受けた場合は、読み替えて記入してください。

また、それ以外の申請のときは、健康保険証等の交付年月日を記入してください。

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書(立替払い・治療用装具等)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の 記号と番号	記号	〇〇〇〇		被保険者 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ			
		番号	〇〇〇〇			健 保 太 郎			
	事業所名・所属	株式会社〇〇〇〇 (所属) 〇〇〇部							
	連絡先	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 ※日中連絡のとれる連絡先をご記入ください							
	申請が被扶養者に関するときはその者の	氏名	健 保 健 太		生年 月 日	昭和 平成 令和 1 年 10 月 20 日	被保険と の続柄	長男	
	傷 病 名	インフルエンザ				発病又は負傷の 年月日	令和 8 年 4 月 1 日 (負傷の場合は 時頃)		
	発病又は 負傷の原因	発熱により受診				診療または装具等の 内容(いずれかに✓)	☒ 診療・投薬 ☐ 治療用装具等の装着 ☐ その他()		
	傷病の経過 (いずれかに✓)	☒ 順調 ☐ 治癒 ☐ 治療中 ☐ その他()							
	診療を受けた 病院等の名称・住所	名称	〇〇〇医院 (診療に従事した医師の氏名) 健康 一郎						
		住所	東京都〇〇区〇〇町1-2-3						
	診療に要した 費用の額	5,500 円				治療用装具等 領収日	年 月 日		
	診療を受けた期間	自 令和 8 年 4 月 1 日	1 日間	入院の場合 入院期間					
		至 令和 8 年 4 月 1 日		自 年 月 日 (日間) 至 年 月 日					
	装具の場合は 装着年月日	年 月 日				資格確認書 交付年月日	年 月 日		
	療養の給付を受けるこ とができなかった理由 (いずれかに✓)	☒ 資格確認書発行中のため ☐ 治療用必要な装具等の作成業者が医療機関でなく保険給付が受けられないため ☐ その他()							
第三者の行為によって 負傷したのか否か	あ る ・ ない				その事実の届出の有無	あ る ・ な い			
					第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)				
上記のとおり申請いたします。								令和 8 年 5 月 1 日	
〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇									
住所 東京都〇〇区〇〇町1-1-1									
被保険者 (申請者) TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇									
氏名 健 保 太 郎									
金 融 機 関	三井住友		銀 行 金 庫		飯田橋		本 店 支 店		【添付書類】 立替払い・・・ 1) 診療報酬明細書(原本) ※「診療明細書」とは別の書類です 2) 医療機関発行の領収書(原本) の2点 治療用装具・・・医師の意見書(原本)、領収書(原本)、装具の写真 治療用眼鏡・・・医師の作成指示書(写し)、領収書、検査結果の写し 受 付 日 付 印
	支店 番号	〇〇〇	普通 当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇				
	口座名義人		ケンポ タロウ						
※被保険者名義の口座を必ずご記入ください									

備 考	個人番号(マイナンバー)(任意) (被保険者証等の記号番号を記入した場合は不要です)		
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の2種類の書類を添付してください。		
	①個人番号通知カード又は個人番号記載の住民票の写し ②運転免許証またはパスポートの写し		

■療養費請求に必要な添付書類一覧

療養費の種類により添付書類が異なります。下記をご確認のうえ、申請書に添付してご提出ください。

立替払い *申請書は、 診療月ごと（1日～末日） 診療区分ごと （医科・歯科・調剤） 入院・外来別 <u>それぞれ1部ずつ必要です。</u>	【医療費を自費で支払った場合】 ①医療機関で交付された診療報酬明細書（レセプト）（医科・歯科の場合） 調剤薬局で交付された調剤報酬明細書（レセプト）（調剤の場合） ※<u>支払時に渡される「診療明細書」や「調剤明細書」は、不可です。</u>ご注意ください。 ※医療機関・調剤薬局に、療養費の立替払い請求に使用することを伝え、 「診療報酬明細書」「調剤報酬明細書」（レセプト）の交付を依頼してください。 ②領収書（原本）対象者の氏名が記載されているもの 【他の保険者の被保険者証を使用したため医療費の返還を行った場合】 ①診療報酬明細書（調剤の場合、調剤報酬明細書）（レセプト） ※医療費を返還した保険者から交付されます。届かない場合はご相談ください。 （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。） ②他健保への医療費返還金振込時の「納付書兼領収書」（原本） 又は、医療費を返還した保険者から領収書が交付された場合、その領収書（原本）
治療用装具等 ※領収書の日付は医師の指示 日以降のもの	【治療用装具】 ①医師（保険医）の意見書、装具装着証明書（原本） ②「装具作製確認書」と一緒に「治療用装具」が、<u>一枚の写真として写りこんでいる写真</u> ※装具作製確認書に必要事項を記入し治療用装具を隠すことがないように並べて一緒に 撮影して下さい。 装具作製確認書は、写真撮影に使用するものです。提出は不要です。 ②領収書（原本） ※装具の名称、種類および内訳別の費用額・義肢装具士の氏名・オーダーメイドまたは 既製品の別（既製品の場合は製品名・メーカー名）が記載されたもの 【小児弱視等の治療用眼鏡等】 ※対象は9歳未満 ①医師（保険医）の治療用眼鏡等の作成指示書の写し（傷病名の記載があるもの） ②検査結果の写し（作成指示書に記載されている場合は不要） ③領収書（原本）装着者の氏名、内訳の記載があるもの 【弾性着衣等】 ①弾性着衣等の装着指示書 （装着部位、手術年月日、着圧指示などが明記されていること） ②領収書（原本） （装着者の氏名、弾性着衣の名称・種類および内訳別の価格が記載されているもの）