

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) 記入の手引き

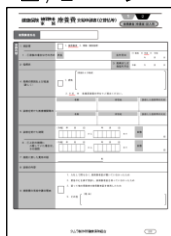
医療費を自費負担した場合、タムラ製作所健康保険組合がやむを得ないと認めた分について支給を受けることができます。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ



2/2ページ



申請書は、家族（被扶養者）の療養費支給申請書であっても、被保険者ご自身がご記入ください。被保険者が亡くなっている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。
※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）にてご申請ください。

添付書類をご用意ください。

<p>■医療費を自費で支払ったとき (立替払)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●診療内容を記載した証明書 診療明細書（傷病名の記載があるもの） ●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
<p>■国民健康保険など他の保険者の 保険証を使用したため、 医療費の返還を行ったとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●診療報酬明細書（通称：レセプト） 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。） ●領収書の原本 医療費を返還した保険者（国民健康保険）から交付された領収書の原本
<p>■限度額適用・標準負担減額認定証 を提示しなかったことにより、 入院時に支払った食事療養費を 減額されない金額で支払ったとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●限度額適用・標準負担減額認定証の写し タムラ製作所健保に限度額適用・標準負担減額認定証の申請をしていなければ、申請書に申請していない理由を記載し、当該期間が非課税である証明書を添付してください。 ●領収書の原本 食事療養について支払った費用を証明した領収書の原本
<p>■生血液を輸血したとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●輸血証明書 輸血回数が記載されたもの ●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
<p>▼上記の添付書類の他、以下のケースに該当する場合、追加で添付書類が必要です。</p>	
<p>■ケガ（負傷）による申請の場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●負傷原因届 ※タムラ製作所健保のホームページから印刷できます
<p>■第三者による傷病の場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●「第三者行為による傷病届」 ※タムラ製作所健保のホームページから印刷できます
<p>■被保険者が亡くなられ、 相続人の方が請求する場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等
<p>■臍帯血を搬送した場合等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●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同意書 傷病名、搬送理由、搬送元・区間（詳細な経路）・期間・回数

ご提出・お問合せ先

次ページに記入例があります。➡

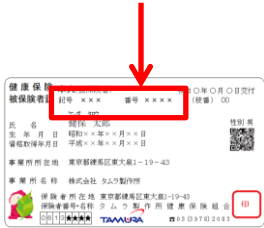


〒178-8511 東京都練馬区東大泉1-19-43
TEL 03-3978-2083 FAX 03-3978-2086

タムラ製作所健保

検索

1 記号・番号は被保険者証に記載されています。



2 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。

被保険者が亡くなられて、相続の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所・振込口座も同様です。)
※生年月日は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

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

1 被保険者(申請者)情報	被保険者証の(右づめ) 記号 番号	生年月日	年 月 日
	<input type="text" value="67"/> <input type="text" value="1234"/> (フリガナ) ケンゴ、タロウ 氏名(印) 健保 太郎 住所 (〒 178-1234) 東京 練馬区西大蔵1-6-5 電話番号 (日中の通話料) TEL 03 0000 4444	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text" value="611024"/>	
3 振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 口座番号 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 当座 4. 通知	
	預金種別	左づめにご記入ください。	
口座名義		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
口座名義の区分		<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 代理人	
口座名義の区分「2. 代理人」を指定した場合、下記の被保険者(申請者)欄は必ずご記入ください。			
受取代理人の欄	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。 令和 X 年 X 月 25 日 被保険者(申請者) 目暮 健保 太郎 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ 代理人(口座名義人) 受取代理人(事業主) 記入欄 委任者と代理人との関係		
「申請者記入用」は2ページに続きます。}}}			
4	被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です 被保険者のマイナンバー記載欄 <input type="text" value="被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です"/> (R2.12)		受付日印
	社会保険労務士の提出代行番号記載欄 <input type="text"/>		

タムラ製作所健康保険組合 1/2

3 タムラ製作所健康保険組合に加入している会社にお勤めの方は振込先指定口座は記入不要です。口座名義の区分を「2. 代理人」を指定し、下の受取代理人の欄の被保険者欄に記名(自署)ください。それ以外の方(任意継続被保険者等)は振込先指定口座を記入し、口座名義の区分は「1. 申請者」を指定してください。受取代理人の欄は記入不要です。

4 被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。本人確認をするための添付書類は通知カードのコピーや、個人番号が記載された住民票の写し等の添付が必要となります。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)		1	2
健康保険 被保険者 家族		被保険者(申請者)記入用	
被保険者氏名 <input type="text" value="健保 太郎"/>			
5 申請内容	1 受診者 <input type="text" value="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 <input type="text" value="健保 花子"/>	生年月日 <input type="text" value="59年 4月 15日"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	2 傷病名 <input type="text" value="急性気管支炎"/>	3 発病または負傷年月日 <input type="text" value="令和 X年 08月 05日"/>	
	4 発病の原因および経過(詳しく) <input type="text" value="1"/>	1. 病気 <input type="text" value="旅行先で保険証をもっていっていなかった為"/> 2. ケガ → 負傷原因書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 <input type="text" value="XX総合病院"/>	所在地 <input type="text" value="沖縄県那覇市〇-〇-〇"/>	診療した医師等の氏名 <input type="text" value="〇〇〇〇"/>
	名称 <input type="text"/>	所在地 <input type="text"/>	診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 <input type="text" value="X0805"/>	から <input type="text" value="X0805"/>	まで 日数 <input type="text" value="1"/>
6-①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(令和) 年 月 日 <input type="text"/>	から <input type="text"/>	まで 日数 <input type="text"/>
7 療養に要した費用の額	<input type="text" value="7,600 円"/>		
8 診療の内容	<input type="text" value="診療のうえ、薬を処方された"/>		
9 療養費の支給申請の理由 <input type="text" value="2"/>	1. 入社して期もなく、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. 誤って他の被保険者の被保険者証を使用したため 9. その他 (理由) <input type="text"/>		

タムラ製作所健康保険組合 2/2

記入漏れや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

5 受診者が複数いる場合は、申請書をそれぞれ作成する必要があります。

6 自費で診療を受けた期間もしくは、入院時に支払った食事療養費の期間の始めと終わりの日をご記入ください。
日数は診療を受けた日の数もしくは、食事療養費を支払った日の数をご記入ください。

7 領収書(領収明細書)に記載されている金額をご記入ください。

次ページに療養費の支給要件等について案内があります。➡

療養費の支給要件等

支給を受ける条件

やむを得ず保険証を提示できず自費で受診したときなど、次に該当する場合に、タムラ製作所健康保険組合がやむを得ないと認めた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 タムラ製作所健保の加入期間に、資格がなくなった他の保険者(国民健康保険など)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 限度額適用・標準負担額減額認定証(※)を提示しなかったことにより、入院時に支払った食事療養費を減額されない金額で支払ったとき
※被保険者の市区町村民税が非課税である場合、タムラ製作所健保に負担額減額申請を行うことで発行される医療費(自己負担)や入院時の食事代が減額される認定証です。
- 5 生血液の輸血を受けたとき(保存血を輸血した場合は、通常、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。)
- 6 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報酬明細書等により、タムラ製作所健康保険組合が「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差し引いた額を療養費として支給されます。

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、療養費の計算から除かれます。

実際に支払った額	
一部負担金等相当額	払いもどされる額(療養費)

保険診療が認められないものは支給計算の対象外となります。

臍帯血等を搬送したときは、この算定方法によりません。詳細はタムラ製作所健康保険組合へお問い合わせください。