支給額	円

常務理事	事務長	係　長	係　長
資格取得	昭・平・令　年　月　日		
資格喪失	令和　年　月　日		

被保険者・被扶養者 療養費支給申請書

（第 0 回目）

令和 0 年 0 月 0 日

日東電工健康保険組合理事長殿

被保険者
住所 ○○県○○市○○町1－1
氏名 健保 太郎

下記のとおり申請します。

被保険者証等の記号・番号	2001－ 00000		事業所の名称	○○○○株式会社○○事業所			
被扶養者に関するとき	被扶養者氏名	健保 花子	被扶養者生年月日	昭和 (平成) 令和 0 年 0 月 0 日		被保険者との続柄	長女
傷病名	右膝関節靭帯損傷			第三者の行為が原因で	ある・(ない) (ある)の場合は第三者行為届を提出して下さい		
発病又は負傷年月日	(いつ) 令和 0 年 0 月 0 日 (AM・PM) 10時頃			(私用・仕事・通勤)	(どこで) ○○公園		
発病又は負傷原因	(何をしていて) サッカーをしている際に足をくじき転倒し負傷した。						
傷病の経過	令和 0 年 0 月 0 日 現在			治癒・(治療継続中)・中止			
診療を受けた医療機関等	名称	○○整形外科医院	所在地	○○県○○市○○町2－2			
	医師名	保険 次郎					
	名称		所在地				
	医師名						
立替払いの場合	診療を受けた期間	自）令和 年 月 日 至）令和 年 月 日		日間	診療区分	入院・外来	
治療用装具の場合	装着について指示を受けた日	令和 0 年 0 月 0 日	装着日	令和 0 年 0 月 0 日	診療区分	入院・(外来)	
上記期間に入院していた場合	自）令和 年 月 日 至）令和 年 月 日			日間	療養に要した費用の額	00,000 円	
診療の内容							
療養費の支給申請の理由 （右記番号に○を記入）	1 入社して間もなく、保険証が届いていなかったため 2 緊急やむを得ず受診し、保険証をもっていなかったため 3 誤って他の保険者の保険証を使用したため (4) 治療用装具を作成したため 5 その他（理由）［　］						
振込先金融機関名	銀行　支店	普通 当座	口座番号	口座名義 （フリガナ）			

※ 在職者の場合、給与口座に振り込みます。（口座記入不要）
※ 任意継続被保険者の場合、健保給付金振込登録口座に振り込みます。（口座記入不要）
※ 【添付書類】をよくご確認いただき、不備がないよう申請してください。
※ 領収書等の原本は原則お返しできませんので、各自でコピーをおとりください。

【添付書類】

<table>
<tr><td>◆ 医療費を自費で支払ったとき
（立替払い）</td><td>● 診療(調剤)報酬明細書【レセプト】の原本　※医療機関等へ発行依頼
傷病名、薬剤名、検査名、処置名、手術名等記載のあるもの
※　診療明細書は傷病名の記載がないため不可。
● 領収書（領収明細書）の原本
※　消費税および保険適用外は支給対象外</td></tr>
<tr><td>◆ 国民健康保険など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
（立替払い）</td><td>● 診療(調剤)報酬明細書【レセプト】の写し　※封を開封せずに添付
医療費を返還した保険者から交付を受けた診療(調剤)報酬明細書
● 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</td></tr>
<tr><td>◆ 治療用装具（コルセット）</td><td>● 医師が記入・証明した「治療用装具製作指示装着証明書」の原本
医師が治療上装具を必要と認め、かつ装着日の確認できる証明書
● 領収書と明細書（内訳書）の原本
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
● 靴型装具の申請に限り、装具の現物写真
正面、側面、裏面(正面の反対側)、タグ・ロゴ・商標・品番(文字等が読み取れる)
【支給対象外】
※　補聴器や洗い替え等日常生活の利便性(屋内・屋外用や昼・夜用等)のためのもの
（治療用装具の支給は、1種目につき1個と定められています）
※　職業上やスポーツ・リハビリ等の際に、一時的に着用するもの
※　症状固定後に使用するもの（市区町村の福祉制度の対象になります）
※　支給対象と認められる既製品以外の、一般流通している市販品やそれらの加工品</td></tr>
<tr><td>◆ 9歳未満の小児が小児弱視等の治療で眼鏡・コンタクトレンズを作成・購入したとき
（治療用装具）</td><td>● 医師の「治療用眼鏡等作成指示書」の写し
弱視等のため治療用眼鏡を作成指示されたことが確認できる内容のもの
● 検査書
（作成指示書に視力等の検査結果の記載がある場合は不要）
● 領収書の原本　※価格の内訳必須
フレーム、レンズ等それぞれの価格の内訳、対象児の名前が記入されているもの
＜給付条件＞
・　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」のため作成した治療用眼鏡およびコンタクトレンズが対象。
（斜視の矯正等に用いるアイパッチおよびフレネル膜プリズムは支給対象外）
・　作成指示書の日付時点で9歳未満であること。
＜給付の上限額＞
・　給付額には上限が定められており、上限金額超過分は自己負担。
※上限の範囲内の7割（義務教育就学前は8割）
<table>
<tr><td colspan="2"></td><td>令和6年3月31日までに購入したもの</td><td>令和6年4月1日以降に購入したもの</td></tr>
<tr><td rowspan="2">上限額</td><td>眼　鏡</td><td>38,902円</td><td>40,492円</td></tr>
<tr><td>コンタクトレンズ</td><td>16,324円（1枚）</td><td>13,780円（1枚）</td></tr>
</table>
＜治療用眼鏡等の更新＞
・　眼鏡を作成したときの年齢に応じて定められた使用年数の経過後、更新可能
5歳未満：前回の装着（作成）日から1年以上経過していること
5歳以上：前回の装着（作成）日から2年以上経過していること</td></tr>
<tr><td>◆ 四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等
（治療用装具）</td><td>● 医師の「弾性着衣等装着指示書」の原本
装着部位、手術年月日、着圧指示等が記入されているもの
「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たもの
「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たもの
● 領収書の原本と明細書（内訳書）の原本
※　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治療で使用されるもので、着圧30mmHg以上の弾性着衣が対象。
＜購入費用の上限額＞
・　弾性ストッキング：28,000円（片足の場合は25,000円）
・　弾性スリーブ：16000円
・　弾性グローブ：15,000円
・　弾性包帯：上肢7,000円、下肢14,000円
＜その他＞
・　1度に購入する弾性着衣は、装着部位ごとに2着までを限度
・　2回目以降は、前回購入日（領収書の日付）から6ヶ月以上経過していること
（慢性静脈不全による難治性潰瘍の治療の場合は1回のみ支給）</td></tr>
<tr><td>◆ 生血液を輸血したとき
（立替払い）</td><td>● 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もの
※　親族から血液の提供を受けた場合は、療養費対象外
※　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対象外</td></tr>
<tr><td>◆ 臍帯血を搬送した場合等
（立替払い）</td><td>● 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</td></tr>
<tr><td>◆ 海外でやむを得ず受診したとき
（立替払い）</td><td>● 診療内容明細書の原本および日本語訳
● 領収証明書の原本および日本語訳
歯科の場合は「領収証明書（歯科）」様式を提出してください。
● 領収書の原本および日本語訳
※　翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記
● パスポートの写し(氏名・顔写真と当該期間の出入国スタンプのページ)</td></tr>
</table>