

給付 申請書名	療養費支給申請書 ① (マイナ保険証等を提示できなかったとき (不携帯))
目的	◇出先で急病になったときなど、医療機関にマイナ保険証等を提示できず、自費 (10割負担) で受診した場合の申請手続き。 ◇申請により、健康保険負担分を還付する。
提出締切	◇健保組合に25日までの到着分が翌月25日に支給予定となる (休日の場合は前営業日) (第一生命従業員は給与計上、任意継続・特例退職者は保険料振替口座に送金、 第一生命以外の会社の方は所属の会社から25日以降に支給される)

【記入見本】

【第一生命従業員(キャリアーション者含む)】DN総務事務センター経由・【第一生命以外グループ会社従業員】各社総務経由

第一生命健康保険組合 御中

① 被保険者 療養費支給申請書

※記号・番号の確認方法や書き方は、記入見本を参照してください

② 健康保険の資格情報

記号	2	x	x	x	番号	1	0	x	x	x	x	x	所属またはグループ会社名 (任意継続者・特例退職者は記入不要)
被保険者(本人)氏名	第一 花子												部 〇x 支社 会社 課 営業オフィス
資格取得年月日	S(H)R		x		年		x		月		x		日
資格喪失年月日	R		年		月		日						

③ 医師証明欄

★療養を担当した医師が意見を記入するところ	傷病名	発病年月日		H	年	月	日
治療用装具、輸血代の場合のみ記入。ただし、同意書または意見書等、医師が必要と認めた証明書の添付があれば記入不要。	記入不要				年	月	日
					年	月	日
					年	月	日
					年	月	日
名称・所在地 医師の氏名	電話番号		()				

④ 被保険者記入欄

療養を受けた者の氏名	第一 花子	その者の生年月日	昭和 平成 令和	x	年	x	月	x	日	年齢	xx	歳	被保険者との続柄	本人
傷病名	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇													
発病または負傷年月日	平成 令和	x	年	x	月	x	日	◇左記傷病の原因は、事故によるものですか? ④ はい いいえ						
診療または手当の期間	令和	x	年	x	月	x	日から	令和	年	月	日まで	◇左記傷病の原因として第三者(相手)はいますか? はい いいえ		
傷病の原因 (どこで、どのような状況・原因か詳しく記入)	休日以外出先で突然お腹が痛くなり受診										診療または手当に要した費用の額	5,825 円		
保険診療を受けた場所 (どこか)	治療用装具	マイナ保険証等不携帯	不携帯・他健保使用・その他の理由の場合はその理由を詳しく 自宅に置いていて携帯していなかった											
海外で受診	他健保使用													
上記の申請を承認し、給付金の受領を事業主に委任いたします(注4)	令和 x 月 x 日													
住所	〒 x x x - x x x x													
〇〇県〇〇市〇〇x x 1-1-△	昭和 平成 令和 x 年 x 月 x 日生													
氏名	第一 花子													

⑤ 傷病の原因は、どこで、どのような状況・原因か詳しく記入

⑥ マイナ保険証等を提示できなかった理由を詳しく記入

(注) 1. 各記入見本に記載の添付書類が必要で
2. 靴型装具を申請する場合は、装具の現物写真を「靴型装具写真貼付台紙」に貼って提出してください
3. はり・きゅう、あんま・マッサージを請求するときは、はり・きゅう及びあんま・マッサージ専用の用紙で
4. 受領委任については任意継続者・特例退職者は対象外です(ご登録の保険料振替口座に支給します)
5. 給付を受ける権利は、医療機関等に費用を支払った翌日から2年で時効となります
※ただし、喪失後受診(他の組合健保や国保等へ返納した医療費を申請する場合は、診療を受けた日の翌日から2年

健保組合	保険給付金	区分	給付履歴有無	備考
療養費	本人	有	無	
補装具	家族	年	月	日
その他	六歳			
	高一	高7		
常務理事	事務長	担当	検算	入力者・入力日
支	常務理事	事務長	担当	
払				

添付書類	① 医療機関に支払った領収書（原本） → 支払金額が1万円以上の場合 – ②も必要 10割負担と確認できない領収書の場合 – ②も必要 ② 診療報酬明細書（レセプト） → 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！）
------	--

【記入項目の説明】

番号	項目名	説明
①	標題	本人に関する申請時は“被保険者”に、家族の時は“被扶養者”に ○ を付ける。
②	健康保険の資格情報	健康保険の記号番号等は、以下のいずれかで確認し記入する。 1.「マイナポータル」の健康保険証の資格情報 2.「資格情報のお知らせ」 3.「資格確認書」（交付対象者のみ） 被保険者氏名、所属、資格取得日、喪失している場合は資格喪失日（退職日の翌日等）を記入する。
③	療養を受けた者の氏名・傷病名・発病又は負傷年月日・診療又は手当の期間	傷病名が不明の場合は、症状を記入する。
④	左記の原因は事故によるものですか？・傷病の原因	交通事故・労災確認のため、はい又はいいえに○をする。傷病の原因を記入する。（事故の場合は詳しく）
⑤	保険診療を受けられなかった理由	マイナ保険証等不携帯に○とその理由を記入する。
⑥	被保険者記入欄「上記のとおり申請いたします」	本人が記入する。（記入日、住所、署名、生年月日）

Q & A

Q 1. 10割負担を確認できない領収書とは？ 確認できる領収書とは？

A 1. レシートなど合計額のみしか記載されていないものは確認できません。

投薬料、検査料等 明細と点数が書いてあるもの、自費10割 等と記載されている領収証は確認できる領収書となります。（下記見本）

請求書兼領収書				年 月 日
患者NO.		氏名		様
初診料	再診料	投薬料	注射料	
点	点	点	点	
処置・手術料	検査料	レントゲン料	理学・その他	
点	点	点	点	
保険点数合計	負担率	負担金	保険外金額	
点	割	円	円	
請求金額合計			領収日付印	
円				
東京都〇〇区××			印	
〇〇大学付属病院				

R6.12 改訂