

# 療養費の支給申請について

療養費の支給要件に該当する場合は、一旦全額自己負担していただきますが、申請して審査で認められれば、自己負担分を除いた額が後から支給されます。申請の際は、下記の必要書類を医師国保までご提出ください。

1. 保険証を持参できなかった場合	2. 補装具を作成したとき
<p><b>保険証を持参せずに医療機関・調剤薬局にかかり、全額を支払ったとき</b></p> <p>&lt;必要書類&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 療養費支給申請書</li> <li>② 診療報酬明細書(レセプト)のコピー</li> <li>③ 領収書の原本</li> </ol> <p>『診療報酬明細書(レセプト)のコピー』は、受診した医療機関等の窓口で「保険組合に療養費の申請をするために必要である」旨を申し出て発行を依頼してください。</p> <p><b>医師国保の資格取得日以降に前の保険証を使用してしまい保険者負担分を前の保険者に支払ったとき</b></p> <p>&lt;必要書類&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 療養費支給申請書</li> <li>② 保険者から発行されたレセプトのコピー(封書の場合は開封せずにそのまま提出してください)</li> <li>③ 領収書(保険者に支払った金額がわかるもの)</li> </ol>	<p><b>医師の指示のもとに治療用装具(コルセット等)を作成したとき</b></p> <p>&lt;必要書類&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 療養費支給申請書</li> <li>② 医師が治療上で装具を必要と認めた診断書又は指示書(原本)</li> <li>③ 領収書の原本(装具の明細が記載されているもの)</li> </ol> <p><b>小児弱視等の治療用眼鏡・コンタクトレンズを作成したとき(対象年齢：9歳未満)</b></p> <p>&lt;必要書類&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 療養費支給申請書</li> <li>② 医師による診断書又は眼鏡等の作成指示書のコピー(度数・検査結果等が記載されたもの)</li> <li>③ 領収書の原本</li> </ol>
3. 海外療養費	4. はり・きゅう又はあんまマッサージを受けた
<p>※治療を目的に渡航された場合や日本国内で保険適用となっていない医療行為は対象外になります。</p> <p>&lt;必要書類&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 療養費支給申請書</li> <li>② 調査に関わる同意書</li> <li>③ 診療を受けた方のパスポートのコピー(本人確認及び渡航期間が確認できる箇所)</li> <li>④ 診療内容明細書(Form A)</li> <li>⑤ 領収明細書(Form B)</li> <li>⑥ 領収書の原本</li> </ol>	<p>※医師が治療上必要であると認めた場合に限り保険給付の対象となります。</p> <p>&lt;必要書類&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 療養費支給申請書</li> <li>② 施術内容証明書(施術した内容を証明できる書類)</li> <li>③ 領収書の原本</li> <li>④ 医師の同意書又は診断書</li> </ol>

## 【注意事項】

※ 申請後、東京都国民健康保険団体連合会に審査提出するため、支払いまでに3ヶ月程かかりますのでご了承ください。

※ 支払った日の翌日から2年を経過しますと時効により申請できなくなりますのでご注意ください。

決 裁	常務理事	常務理事	事務局長	課長	係
	令和 年 月 日決定				

### 国民健康保険療養費支給申請書

療養を受けた方	被保険者証	記号	86—	番号						
	被保険者名									
	被保険者の個人番号									
	生年月日	昭和・平成・令和		年	月	日生				
	性別	1.男	2.女	給付割合	7割	8割	9割			
	療養期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	日数	日間		入院・外来	1.入院	2.外来				
種類	1.一般診療(海外療養費含む)【 医科・歯科・調剤・海外 】 2.治療用器具 3.柔道整復 4.あんま・マッサージ 5.はり・きゅう 6.移送費 7.その他(生血)									
傷病名										
診療を受けた医療機関等の所在地	〒									
診療を受けた医療機関名又は施術師										
支給申請をした理由	1.保険契約なきため(補装具の場合) 2.その他〔理由…〕									
発病又は負傷の理由	外傷の場合は詳しく記入して下さい。 1.第三者行為外 2.第三者行為による 〔理由…〕									
療養に要した費用額			食事日数			日				
審査認定額 ※1			食事に要した費用							
薬剤一部負担金			食事標準負担額							
一部負担金			支給額							
振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合		コード	支店		支店 本店 出張所			
	口座種別	普通 当座		口座番号						
	口座名義人	フリガナ 漢字								
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。 令和 年 月 日 住所 〒 _____ 組合員 氏名 _____ (または 委任継承者) 組合員の個人番号 _____ 電話 ( ) _____ 東京都医師国民健康保険組合理事長 殿										

※裏面を参照の上、必要書類を添付して下さい。

太線内は記入しないで下さい。

執行印

処理印

受付印

## 添付書類

- ① 診療費の請求にかかるもの
  1. 診療報酬明細書（＝レセプト）  
（海外で受診の場合は上記に準ずるもの）
  2. 領収書
  
- ② 補装具（コルセット等）の費用請求にかかるもの
  1. 治療上、補装具が必要である旨の証明書又は診断書
  2. 領収書
  3. 明細書
  
- ③ 柔道整復師の費用請求にかかるもの
  1. 施術料金領収明細書
  
- ④ あんま・マッサージ・はり・きゅうの費用請求にかかるもの
  1. 医師の同意書
  2. 施術料金領収明細書
  
- ⑤ 移送の費用請求にかかるもの
  1. 医師の同意書
  2. 移送に要した費用の領収書
  
- ⑥ 血液代金（生血）の請求にかかるもの
  1. 輸血用生血液受領証明書
  2. 領収書

※給付金の受領を委任する場合は、別途「委任状」の添付が必要です。