

# 療養費支給申請について

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。(郵送可)

## 1. 保険証等を持参できなかった

○保険証等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

<必要書類>

- ① 療養費支給申請書(様式第15号)
- ② 診療報酬明細書(レセプト)の写し  
《傷病名・発病年月日が記載されたもの》  
※『診療報酬明細書(レセプト)の写し』は、受診した医療機関等の窓口に「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。

「診療明細書」とは異なります。

- ③ 領収書(原本)

○医師国保の資格取得日以降に前の保険証等を使用してしまい、保険者負担分を前の保険者に支払ったとき

<必要書類>

- ① 療養費支給申請書(様式第15号)
- ② 保険者から発行されたレセプトの写し(封書の場合は開封せずにそのまま提出してください)
- ③ 領収書(保険者に支払った金額がわかるもの)

## 2. 装具を作成した

○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

<必要書類>

- ① 療養費支給申請書(様式第15号)
- 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)
- ③ 装具の領収書(原本/内訳別紙の場合は内訳を含む)
- ④ (作成した装具が靴型装具の場合)当該装具の写真

○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)

<必要書類>

- ① 療養費支給申請書(様式第15号)
- ② 医師による診断書又は眼鏡等の作成指示書の写し(診断名、検査結果が記載されたもの)
- ③ 眼鏡等を作成・購入した際の領収書(原本)  
(宛名が装着する児童のフルネームで、治療用眼鏡等を購入したことがわかるもの)

## 3. はり・きゅう又はあんまマッサージを受けた

※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。

<必要書類>

- ① 療養費支給申請書(様式第15号)
- ② 施術内容証明書(施術した内容を証明できる書類)
- ③ 領収書

<該当するとき>

- 医師の同意書(初回及び再同意時は必須)
- 施術報告書の写し
- 往療内訳表
- 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

## 4. 海外渡航中に病気やケガをした

※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となります。

<必要書類>

- ① 療養費支給申請書(様式第15号)
- ② 診療内容明細書及び領収明細書
- ③ ②が外国語で作成されている場合は日本語の翻訳文
- ④ 調査に関わる照会同意書
- ⑤ 領収書
- ⑥ 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)

※②及び④は医師国保HPからも入手可能

### 【注意事項】

- ※ 申請後、埼玉県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2~3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。

申請書送付先

〒330-0062 埼玉県さいたま市浦和区仲町3-5-1 5F

埼玉県医師国民健康保険組合

TEL048-824-2631

事務局使用欄

支給額	¥	令和 年 月 日
-----	---	----------

## 療養費支給申請書

被保険者の記号番号	記号	番号	傷病名	
療養を受けた被保険者氏名			発病、負傷年月日	令和 年 月 日
個人番号(マイナンバー)			療養期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
(准)組合員との続柄				
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地				
療養又は調剤に従事した医師歯科医師又は薬剤師の氏名				
療養の給付を受けることができなかった理由	1. 保険証等を持参できなかった為 (理由 )		発病の因	
	2. 装具作成の為(装具名 )		傷病の過	
	3. はり・きゅう又はあんまマッサージの施術を受けた為		療養内	
	4. 海外渡航中の病気やケガの為		療養に要した費用	円
5. その他 ( )				
振込先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を利用する場合は、事前にマイナポータル等から口座登録が必要です。			
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する			
	口座名義人	フリガナ	預金種別	口座番号
			普通・当座	
	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	支店 出張所	支店コード
(申請者である(准)組合員と口座名義人が異なる場合は署名してください。) 上記名義人への支給を了承します。 (准)組合員氏名 <span style="float: right;">(印) (自署の場合は押印省略可)</span>				
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 住所 (准)組合員 氏名 個人番号 <input style="width: 100px;" type="text"/> TEL 埼玉県医師国民健康保険組合理事長 様			<p><b>【個人番号の利用目的について】</b></p> <p>当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による」保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務において、適用、給付及び徴収業務で利用します。</p>	

※この療養費は、当組合が療養の給付を行なえない場合、又は被保険者が、緊急その他やむを得ない理由で療養取扱機関以外のところで診療を受けた場合に、組合が認定したときだけ、療養の給付に代えて支給されます。