

# 【療養費支給申請書を提出される方へ】

## ＜療養費について＞

次に該当する場合は、一旦費用の全額を支払っていただき、保険給付の認められるものについては、申請をする事により、組合負担分(保険給付分)の支払いを受ける事ができます。

全ての申請に必要なもの

- ・療養費支給申請書(記載例を参考にご記入・捺印下さい)
  - ・国民健康保険証
  - ・印鑑
  - ・通帳(口座番号等のわかるもの)
- } 窓口でお手続きの場合のみ必要となります

上記の他に、申請の内容により必要なもの

- ① 緊急やむを得ない事情により、保険証を提示できなかった場合(医科(入院/外来)・歯科・調剤)  
【必要なもの】
  - ・医療機関の領収書
  - ・診療報酬明細書(レセプト)
- ② 当組合資格取得以降に、以前の保険を使用し、その分の支払いを以前の保険にした場合  
【必要なもの】
  - ・領収書
  - ・診療報酬明細書(レセプト)
- ③ 治療用装具(コルセット等)を装着した場合(治療用装具の装着を医師が必要と認めた場合)  
【必要なもの】
  - ・領収書(別紙明細がある場合は明細書も)
  - ・医師の意見書及び装具装着証明書
  - ※ H30.4/1申請分より「靴型装具」に係る申請のみ  
当該装具の写真(装着する現物)
- ④ 小児弱視・斜視などの治療用眼鏡、コンタクトレンズを作成した場合(対象年齢：9歳未満)  
【必要なもの】
  - ・領収書
  - ・診断書(保険医の作成指示書等)
  - ・検査結果(作成指示書に検査結果記載の場合もあり)
- ⑤ 輸血をした時の生血代  
【必要なもの】
  - ・医師の意見書
  - ・輸血用生血液受領証明書(輸血証明書)
  - ・血液提供者の領収書
- ⑥ 柔道整復師の施術や、はり、灸、マッサージ等を受けた場合  
【必要なもの】
  - ・領収書
  - ・医師の施術同意書
  - ・施術内訳書(施術者の作成した療養費支給申請書)
- ⑦ 移送費、海外療養費 別途様式の為、当組合までご連絡ください

○申請書は、1診療月・1医療機関ごとに作成してください。

(月をまたいで受診した場合や、複数の医療機関を受診した場合は、申請用紙が複数枚必要となります)

○添付書類は、全て原本の提出をお願いします。(コピーでは対応できません)

○支給方法はお振込となりますので、金融機関・口座番号・口座名義等を必ずご記入ください。

※お振込は全ての書類が揃い、審査を行った後となりますので、遅れる事があります。ご了承ください。

振込日は、支給が決定しました月末日(土日祝の場合は、その前日)となります。

注)交通事故及び第三者行為等の場合は、お手続き前に当組合までご連絡ください。

≪ 郵送での申請も受け付けます ≫

所定の申請書に必要な事項を記入・捺印の上、必要添付書類を添えて、ご郵送ください。

届出送付及びお問い合わせ先

〒530-0042 大阪府大阪市北区天満橋3丁目4番28号

大阪府整容国民健康保険組合 宛

TEL 06-6351-8901(平日10:00~12:00/13:00~16:00)

FAX 06-6351-8946

決裁	理事	副理事	常務理事	事務	係
<b>記入しないでください</b>					
支出種別					交付金
給付					0 柔整
支給					1 はり・きゆう
					0歳上位入院
					0歳上位外来
					印
備考	資格種別				
	経・従・家				
	証明書要( / )				
	発行済( / )				

**記載例**

### 療養費支給申請書

被保険者の記号番号	整国 0123456	療養を受けた被保険者	氏名	整国 太郎	被保険者との続柄	本人
傷病名	腰椎椎間板ヘルニア		生年月日	昭・平・令 〇年〇月〇日	発病又は負傷の原因	
療養を受けた病院等の住所	〇〇市〇〇区〇〇町 1-2-3		<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> その他 <small>※交通事故や第三者行為等による場合は、当組合までご連絡下さい。</small>			
医療機関名	〇〇病院		(原因)			
療養期間	〇年〇月〇日から 〇年〇月〇日まで 〇日間	発病又は負傷の年月日	〇年〇月〇日			
療養の給付を受けることが出来なかった理由	1. 緊急やむを得ない事情により、保険証を提示できなかった為 ② 装具装着の為 3. その他		添付書類に〇をつけて下さい。(コピー不可)	① 領収書 ② 医師の意見書(装着証明) ③ 診療報酬明細書 ④ 靴型装具の申請時には装着時の写真(H30.4/1以降受付分より)	発病又は負傷の年月日 〇年〇月〇日 装具装着指示日 〇年〇月〇日 療養に要した費用 10,000 円	
上記の通り、療養に要した費用の支給に関する別添書類を添えて申請し、私が指定する下記金融機関に振り込む事を依頼(承諾)します。						
〇〇年〇月〇日 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 住所 〇〇市〇〇区△△-××-□□ 氏名 整国 太郎 電話 (自宅) 06 (××××) ×××× (携帯) 090 (△△△△) △△△△ (店) 06 (××××) ××××						

該当項目にチェックをいれて下さい。

出来るだけ詳しく記入して下さい。

必ず、原本の提出をお願いします。

捺印必須

指定の3行がない場合

銀行振込欄	三菱UFJ 銀行	〇〇〇 支店	フリガナ	指定口座
	ゆうちょ銀行記号 1×××0	口座番号 987654	セイコク タロウ	
	種別 (普通)総合・当座		整国 太郎	(無)

整容国保に加入されている方の口座をご記入下さい。  
 できれば、ゆうちょ銀行又は三菱UFJ銀行、三井住友銀行のいずれかをお願いします。  
 いずれもお持ちでない場合は、その他の銀行を記入の上、指定口座・無に〇をつけてください。

※記入はボールペンでお願いします。(鉛筆・フリクション不可)