

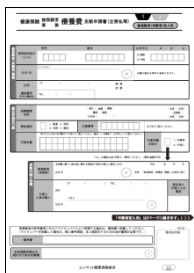


健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) 記入の手引き

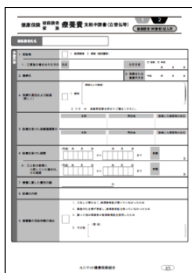
医療費を自費負担した場合、ユニマツ健康保険組合がやむを得ないと認めた分について支給を受けることができます。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1 / 2 ページ



2 / 2 ページ



申請書は、家族（被扶養者）の療養費支給申請書であっても、被保険者ご自身がご記入ください。被保険者が亡くなっている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

※海外で治療したときは、当申請書とは別の申請書（海外療養費支給申請書）にてご申請ください。

添付書類をご用意ください。

<p>■医療費を自費で支払ったとき（立替払）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●診療報酬明細書（通称：レセプト）⇒医療機関に依頼し取得または診療明細書（医療費明細書）⇒領収書と一緒に発行 ●領収書（領収明細書）の原本 診療に要した費用を証明した領収書
<p>■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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●診療報酬明細書（通称：レセプト） 医療費を返還した保険者から交付を受けた診療報酬明細書（開封せずに封筒ごと添付すること） ●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の原本
<p>■限度額適用・標準負担減額認定証を提示しなかったことにより、入院時に支払った食事療養費を減額されない金額で支払ったとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●領収書の原本 食事療養について支払った費用を証明した領収書 ●限度額適用・標準負担減額認定証の写し ユニマツ健保に限度額適用・標準負担減額認定証の申請をしていなければ、申請書に申請していない理由を記載し、当該期間が非課税である証明書を添付してください。
<p>■生血液を輸血したとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●輸血証明書 輸血回数に記載されたもの ●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領収書の原本
<p>■ケガ（負傷）による申請の場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●負傷原因届
<p>■第三者による傷病の場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●「第三者行為による傷病届」 詳しくはユニマツ健康保険組合にお問合せください。
<p>■被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

ご提出・お問合せ先

次ページに記入例があります。➡



〒107-0062 東京都港区南青山2-19-1 シティヤマザキビル2F
TEL 03-5411-2010 FAX 03-5411-2079

ユニマツ健保

検索

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1 2
被保険者(申請者)記入用

1 被保険者証の 被保険者(申請者)情報	記号 番号 被保険者証の (右づめ) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; text-align: center;">7</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; text-align: center;">4</td> </tr> </table>	6	7	1	2	3	4	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; text-align: center;">4</td> </tr> </table>	6	1	1	0	2	4
6	7	1	2	3	4									
6	1	1	0	2	4									
	(フリガナ) アオヤマ タロウ 氏名・印 青山 太郎													
2	住所 (〒107-0062) 東京 港区南青山2-19-1 電話番号 (日中の連絡先) TEL. 03 〇〇〇〇) △△△△ 〇〇〇マンション201													
3 振込先指定口座	金融機関 名称 〇〇〇東京 〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇 外 苑 前 預金種別 1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知 口座番号 1 2 3 4 5 6 7 口座名義 アオヤマ タロウ 口座名義の区分 1 1.申請者 2.代理人													
「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)														
4	備考欄 社会保険労務士の 提出代行者名記載欄													

受取代理人の情報	被保険者(申請者) 氏名・印 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ 代理人(口座名義人) 住所 〇〇〇〇 TEL. () 氏名・印	平成 年 月 日 委任者と代理人との関係
-----------------	--	-------------------------

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

(28.12) 受付日付印
 ユニマット健康保険組合 1/2

記入漏れや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

1 記号・番号は被保険者証に記載されています。

2 被保険者が亡くなられて、相続の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所・振込口座も同様です。)

3 ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種目・口座番号をご記入ください。

4 被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。本人確認をするための添付書類は通知カードのコピーや、個人番号が記載された住民票の写し等の添付が必要となります。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (立替払等)		1	2
被保険者氏名		青山 太郎	
申請内容	1 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族 (被扶養者)	
	1-① 家族の場合はその方の氏名	青山 花子	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 18 年 10 月 29 日
	2 傷病名	右足首ねん挫	3 療養または負傷年月日 平成 28 年 9 月 19 日
	4 療養の原因および経過 (詳しく)	2. ケガ ⇒ 負傷原因等を併せてご提出ください。	
	5 診療を受けた医療機関等の名称	〇〇〇整形外科	所在地 東京都〇〇区××× 診療した医師等の氏名 医者 二郎
		△△△薬局	所在地 東京都〇〇区××× 〇〇△△△
5	6 診療を受けた期間	(平成) 年 月 日 28 0 9 1 9 から 28 0 9 2 4 まで	日数 2 日
	6-①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(平成) 年 月 日 から 年 月 日 まで	日数 日
6	7 療養に要した費用の額	9,600 円	
	8 診療の内容	診察の上、湿布薬を処方された。	
	9 療養費の支給申請の理由	1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3. 誤って他の被保険者の被保険者証を使用したため 9. その他 (理由)	

ユニマット健康保険組合 2/2

記入漏れや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

5 自費で診療を受けた期間もしくは、入院時に支払った食事療養費の期間の始めと終わりの日をご記入ください。

日数は診療を受けた日の数もしくは、食事療養費を支払った日の数をご記入ください。

6 領収書 (領収明細書) に記載されている金額をご記入ください。

療養費の支給要件等

支給を受ける条件

やむを得ず保険証を提示できず自費で受診したときなど、次に該当する場合に、ユニマット健康保険組合がやむを得ないと認めたときに療養費が支給されます。

- 1 就職後、被保険者証の交付がされるまでの間に傷病にかかり、被保険者資格があることを証明できないため、自費で診療を受けたとき
- 2 近くに保険医療機関がなく、緊急を要するため、やむを得ず健康保険が利用できない医療機関で診療を受けたとき
- 3 ユニマット健保の加入期間に、資格がなくなった他の保険者の被保険者証を使用して診療等を受け、医療費の返還の支払をしたとき
- 4 限度額適用・標準負担額減額認定証を提示しなかったことにより、入院時に支払った食事療養費を減額されない金額で支払ったとき
※限度額適用・標準負担額減額認定証とは、被保険者の市町村民税が非課税である場合、ユニマット健康保険組合に申請することで、限度額適用・標準負担減額認定証が発行されます。この認定証を医療機関に提示いただくことで、医療費や入院時食事療養費が減額されます。
- 5 生血液の輸血を受けたとき（保存血を輸血した場合は、通常、保険診療の対象となるため、療養費を請求する必要はありません。）

支給額

申請書に添付された診療報酬明細書等により、ユニマット健康保険組合が「健康保険の療養に要する費用の額の算定方法（診療報酬点数表）」に基づき計算した額から、加入者が窓口負担すべき額を差し引いた額を療養費として支給されます。

実際に支払った額（返還した額）の中に保険診療が認められていない処置や薬剤、病気の予防を目的とする予防注射等の費用が含まれている場合は、療養費の計算から除かれます。

