療養費（療養費付加金）支給申請の手引き

やむを得ない理由により健康保険を使用して治療が受けられなかったときや、治療のために必要な装具を購入したなど、かかった医療費の全額を一時立替払いした場合に、立替費用のうち自己負担分を除いた金額について療養費として健康保険組合から払い戻しを受けることができます。ただし、支給には審査がありますので、立替費用の全額が戻るとは限りません。

1. 療養費の払い戻しを受けることが出来る事由

ⓐ　医療費を全額自己負担したとき

ⓑ　以前に加入していた保険者へ医療費を返還したとき

ⓒ　医師の指示により、治療用装具を購入、装着したとき

ⓓ　9歳未満の小児が、治療のため眼鏡・コンタクトレンズを作成したとき

ⓔ　四肢のリンパ浮腫治療のため、弾性着衣等を購入したとき

ⓕ　医師の同意を得て、はり・きゅう、あんま・マッサージなどを受けたとき

ⓖ　生血液の輸血を受けたとき

ⓗ　骨髄や臓器を移送したとき

ⓘ　スティーヴンス・ジョンソン症候群および中毒性表皮壊死症の眼後遺症により、輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズを購入したとき

2. 記入上の注意

(1)　訂正個所には訂正印を押印してください。また、記入漏れや添付書類に不備があると支給決定されませんのでご注意ください。

(2)　①は『マイナポータル』『資格情報のお知らせ』『資格確認書』等でご確認いただけます。

(3)　⑧の欄は、病気等で発病の日が明確ではない場合、おおよその時期（例：○年○月頃）を記入してください。

(4)　⑨の欄は、発症から受診までの症状や、現在の状態、装具等を購入した場合はその目的等出来るだけ詳しく記入してください。

(5)　⑩の欄で、「はい」と回答した場合は、別途『第三者行為による負傷届』にも記入の上、申請書に添付してください。

(6)　⑪通勤途中や業務中のけがの治療費は労災保険から支給されるため、健康保険の療養費は支給されません。

(7)　⑬の欄は、領収書の金額をそのまま記入してください。

(8)　⑭の欄は、療養費の払い戻しを受ける事由が1. の ⓐ ⓑ ⓕ ⓖ ⓗ に該当するときに記入してください。
診療の期間が1日の場合は、自至ともに同日を記入してください。ⓖ ⓗについては診療の期間ではなく、実際に「生血液の輸血を受けた日」または「骨髄や臓器を移送した日」を診療の期間に記入してください。また、日数の欄は実日数を記入してください。
なお、この場合⑮の欄は記入不要です。

(9)　⑮の欄は、療養費の払い戻しを受ける理由が上記の ⓒ ⓓ ⓔ ⓘ に該当するときに記入してください。⑭の欄は記入不要です。
医師の指示日は、作成指示書等で治療のため装具の必要性を認めた日（証明日）を記入してください。

(10)　⑰の欄は、該当する項目にチェック、該当する項目がない場合はその他に詳細を記入してください。

(11)　⑱の欄は、自己負担相当額（健保負担分を除いた額）について、その一部または全額の医療費助成を受けることが出来る場合に、その制度の「制度名」「助成（予定）額」を記入してください。金額が分からない場合は、制度名のみで結構です。

(12)　在職中の被保険者の方（任意継続被保険者を除く）が申請される場合、原則、事業所経由でお支払いいたしますので、『⑲委任欄』に署名をしてください。

(13)　被保険者等の記号番号ではなく、個人番号により申請をされたい場合は、㉑備考欄に個人番号を記入してください。なおその場合、個人番号確認や本人確認及び委任状等が必要になりますので、必ず事前に当健康保険組合までご連絡ください。

3. 添付資料及び支給基準について

各事由毎の支給基準や必要な証明書類は、ADEKA健康保険組合のホームページに掲載されています。

必ず申請前にご確認の上、必要な証明書類を添えて申請してください。

※事業所の担当課経由で申請してください。ただし、任意継続被保険者および申請の時点で資格を喪失されている方は、直接当健康保険組合へ提出して下さい。

◆　『ADEKA健康保険組合』ホームページ ⇒『保険の給付』⇒『立て替え払いをしたとき』

http://www.adekakenpo.or.jp/member/benefit/refund_a.html

ADEKA健康保険組合
202505

健康保険 被保険者 療養費 家族 療養費付加金 支給申請書

申請日：令和　　年　　月　　日

被保険者記入欄

① 被保険者等 記号	番号	② 被保険者の氏名 (ﾌﾘｶﾞﾅ)	③ 被保険者の生年月日 昭和 平成 年 月 日	④ 被保険者の事業所名称

⑤ 被保険者の住所	〒　　－ 日中連絡が取れる電話　　(　　)					
⑥ 受診者が被扶養者の場合	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者との続柄	
⑦ 傷病名			⑧ 発病又は負傷年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		
⑨ 発病又は負傷の原因および経過（詳しく）					⑩ 他人の行為による傷病ですか	□ はい □ いいえ
					⑪ 業務による傷病ですか	□ はい □ いいえ
⑫ 診療を受けた医療機関等	名称		医師等の氏名		⑬ 領収書の額	円
	所在地					

⑭ 立替払いの場合	診療の期間	自 令和　年　月　日	日数	診療区分	入院の場合その入院期間	自 令和　年　月　日	日数
		至 令和　年　月　日	日間	□ 入院外 □ 入院		至 令和　年　月　日	日間
⑮ 治療用装具の場合	医師の指示日	令和　年　月　日	ADEKA健康保険組合以外で治療用装具の支給を受けたことがありますか	□ はい □ いいえ	支給を受けた時期	平成 令和　年　月　日頃	
⑯ 治療の内容			⑰ 立替払いとなった理由	□ 誤って前の保険証を使用した為 □ 保険証を持ち合わせていなかった為 □ 治療用装具または治療用眼鏡を作成した為 □ 海外で治療を受けた為 □ その他 〔　　〕			
⑱ 他の制度により、自己負担相当額またはその一部の助成を受けることが出来ますか？出来る場合は制度名と金額をご記入ください。 例） こども医療費助成、心身障害者医療費助成、ひとり親家庭医療費助成、スポーツ振興団体保険　等			□ はい □ いいえ	(制度名) (助成(予定)額)　　円			
⑲ 委任欄	本申請に基づく給付金の受領は事業主に委任します。 被保険者氏名 ※ ⑳に該当される方は記入しないでください						

⑳ 任意継続被保険者および退職・休職等により事業所経由で給付金を受け取ることができない方は、被保険者名義の振込口座をご指定ください

金融機関名		支店名		種別	□ 普通 □ 当座
口座番号		口座名義（カタカナ）		㉑備考欄	

健保使用欄

1. 立替払い	Ⅰ. 明細書	Ⅱ. 領収書		□ 原本証明(　　)
2. 治療用装具	Ⅰ. 指示書	Ⅱ. 領収書(明細付)		□ 原本証明(　　)
3. 眼鏡	Ⅰ. 指示書(検査)	Ⅱ. 領収書(宛名)		□ 原本証明(　　)
4. 弾性着衣	Ⅰ. 指示書(部位・手術・圧)	Ⅱ. 領収書(種類)		□ 原本証明(　　)
5. はり・きゅう	Ⅰ. 申請書	Ⅱ. 医師同意	Ⅲ. 領収書	□ 原本証明(　　)
6. 生血	Ⅰ. 証明書	Ⅱ. 領収書		□ 原本証明(　　)
7. 骨髄	Ⅰ. 意見書	Ⅱ. 明細		□ 原本証明(　　)

健保受付印