

## 申請にあたっての注意事項

1. 被保険者または家族（健康保険法上の被扶養者）が、やむを得ず保険証を持たずに医療機関で受診し、医療費の全額を支払った場合には、厚生労働省が定める保険診療の範囲内で払い戻しされます。

また、医師の指示に基づいて療養費支給が認められている治療用装具等を購入した場合には、厚生労働省が定める基準等により定められる費用の額を上限として、実際支払った額から、一部負担金の割合を控除した額が払い戻されます。

2. 払い戻し手続に必要な書類は、この冊子の健康保険<sup>被保険者</sup><sub>家族</sub>療養費支給申請書の他に以下の書類が必要です。

### ①保険証不携帯の場合

- ・診療にかかった領収書**原本**
- ・医療機関が発行する診療内容を記したもの（診療明細書）

### ②他健康保険組合の保険証で受療した場合

- ・他健康保険組合、あるいは自治体等に支払った領収書**原本**
- ・診療報酬明細書（**開封せずにKDD I 保険組合に提出**）

### ③治療用装具等を購入した場合

- ・治療用装具等購入にかかった領収書**原本**
- ・医師作成の治療用装具作成指示書（＝医師の証明書）

3. 人ごと、月ごと、医療機関ごとに、また、入院・入院外ごとにつき1枚ずつ証明してもらってください。

例：4月に外来患者として通院し、途中で入院、5月半ばに退院した人は、外来分1枚（4月分）、入院分2枚（4・5月分）が必要となります。

4. 書類一式は、直接KDD I 健康保険組合まで送付してください。

5. 払い戻しの請求は、医師または病院等に費用の支払いをした日の翌日から数えて**2年**を経過するとできなくなるので、ご注意ください。

6. 事業主以外への委任状は、原則、被保険者が死亡した場合等のみ受け付けていますので、ご注意ください。

健康保険 被保険者 療養費支給申請書  
家族

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の	記号：123 番号：45678	②被保険者の氏名 健保 太郎		
	③診療を受けた者の 氏名及び生年月日	ア氏名 健保 花子	イ続柄 妻	ウ生年月日 昭和 平○ 60年 12月 24日	
	④傷病名	急性胃腸炎	⑤発病または負傷の 年月日	昭和・平成 27年 7月 5日 (負傷の場合は 時頃)	
	⑥発病又は 負傷の原因	疲労			
	⑦傷病の経過	旅行先で腹痛を覚え、宿泊先近くの病院で治療を受けた。			
	⑧診療を受けた	ア病院名称	〇〇病院	イ医師名	△△次郎
		ウ所在地	□□市△△1-1-1		
	⑨診療の内容	投薬およびレントゲン			
	⑩診療の期間	自 27年 7月 5日 至 27年 7月 5日	1日間	⑪診療に要した 費用の総額 (薬代を含む)	金 14,860 円也
	⑫療養の給付を受ける 事が出来なかった理由	保険証不携帯の為			
⑬ ⑩欄の期間中において 診療を受けた実日数	1日間	診療日を○月○日、○月○日……のように列記して下さい。 7月5日			
⑭ 第三者行為によって負 傷したものであるか否か	○ある <input checked="" type="radio"/> ない	⑮ 第三者 の行為によ って負傷し たときは	その事実の届出の有無	○ある ・ ○ない	
			第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)		
⑯上記の通り申請いたします。 平成 27年 7月 15日 被保険者の 〒123-4567 住所 〇〇県□□市△△4-5-6 氏名 健保 太郎					



⑰ 委 任 状	私は	を代理人と定め、この申請にかかる保険給付金の受領方を委任します。		
	年 月 日			
	被保険者 住所/氏名	⑰被保険者以外の方の口座へ振込む場合は、必ずこの欄に記入・捺印してください。		
	代理人 住所/氏名			

⑱ 振 込 先	被 保 険 者 の 口 座 に 振 込 む 場 合			
	指 定 銀 行	銀行・信用金庫 信用組合	支店	
	口座の種類	普 通・当 座・貯蓄預金	口座番号	
	被保険者 氏名 (口座設定者)	フリガナ	⑲任意継続被保険者、特例退職被保険者のみ記入してください (在職者の方は給与と一緒に支給されますので、記入不要です)。	

## 証 書 添 付(原本)

(領収書、診療報酬明細書 etc)

# 必要な書類を貼り付けてください。

### ①保険証不携帯の場合

- ・診療にかかった領収書**原本**
- ・医療機関が発行する診療内容を記したもの(診療明細書)

### ②他健康保険組合の保険証で受療した場合

- ・他健康保険組合、あるいは自治体等に支払った領収書**原本**