

# 療養費支給申請書(立替払用)について

## 【提出にあたっての注意事項について】

- \* 本ページと療養費支給申請書(2ページ)をわけて印字してください。  
提出は、本ページと療養費支給申請書の両方をお願いします。  
提出前には【提出前のチェック項目】も忘れずにご確認ください。
- \* **記入例にしたがって、ご記入ください。**
- \* 鉛筆書、記入漏れがある場合は受け付けられません。
- \* 申請書は、療養を受けた方毎、診療月毎、医療機関、調剤毎にわけて記載してください。
- \* 第三者行為による負傷の場合は、「第三者行為による負傷届」を大塚製薬健康保険組合まで提出してください。

## 【添付書類について】

療養費支給申請書に必要な添付資料は、次のとおりです。

### (申請者本人で用意するもの)

- 診療費を立て替えた場合(やむを得ず健康保険証の提示ができなかった場合)、
  - 1.領収書
  - 2.診療報酬明細書 ※注

※注 医療機関にて精算時に受取る「診療明細書」とは異なります。  
医療機関等にて「診療報酬明細書」をもらってください。  
\*発行に手数料が必要な場合がありますが、自己負担となります。

- 生血液の輸血を受けた場合、
  - 1.領収書
  - 2.輸血証明書

※ 領収書は原則原本を添付ください。ただし、子ども医療助成制度で自治体へ原本を提出するなど特別な理由がある場合は、コピーでも構いません。  
コピーした領収書の余白個所に、原本を添付できない理由を追記してください。

## 【提出前のチェック項目】

提出前にチェック欄に☑をお願いします。

- 1 記入すべき項目に漏れはないか。(記入例の赤文字の箇所)
- 2 添付書類に漏れはないか。
- 3 封筒等の送付先には、次の「送付先情報」を貼付又は正しく記入されているか。

チェック欄

	申請者
1	
2	
3	

## 【支給決定後に子供医療助成制度を申請する方へ】

※ 大塚健保から支給が決定した場合「支給決定通知書」がKOSMOwebに掲載されます。  
KOSMOweb より「支給決定通知書」を印刷してご利用ください。

## 【送付先情報】

----- 切り取り線 -----

〒532-0003  
大阪府大阪市淀川区宮原4-1-6 アクロス新大阪10F  
株式会社バリューHR 大阪BPOセンター内  
大塚製薬健康保険組合事務処理センター 行

健康保険 被保険者 療養費支給申請書【立替払用】  
被扶養者

被保険者情報	被保険者等 記号番号	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話(内線)
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒			電話 ( )
	社員番号	メールアドレス			

申請内容	受診者 (該当に○)	本人(被保険者)・家族(被扶養者)		受診者氏名		
	傷病名			受診者の 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	発病の原因 および経過					
	診療を受けた 医療機関名称			診療を受けた 医療機関住所		
	診療を受けた 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	左記の期間に入院 をしていた場合はそ の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日
	療養に要した 費用	円		診療の内容		
	療養費の 支給申請の理由 (該当に○)	1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため 2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため 4. その他( )				
交通事故等 第三者が原因 ですか	いいえ ・ はい		業務上、通勤途上 によるものですか	いいえ ・ はい		
※「はい」の場合は、別途届出が必要です。						

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。			令和 年 月 日
	被保険者(申請者)	氏名		
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏名		

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

振込先情報	金融機関コード			支店コード	
	金融機関名称			銀行 信用金庫	本店 支店
	預金種別	普通 当座	その他 ( )	口座番号	口座名義 (カタカナ)

【添付書類】

1. 診療報酬明細書(レセプト)(原本) ※レセプトの添付が不可能な場合は2枚目の領収(診療)明細書に医師の証明をもらってください。
2. 領収書(原本)

備考	個人番号 (被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

受付日付印

## 領収(診療)明細書(医師の証明)

※診療報酬明細書(レセプト)の添付が不可能な場合に提出してください。

患者名 \_\_\_\_\_  
傷病名 \_\_\_\_\_

診療月 \_\_\_\_\_  
診療実日数 \_\_\_\_\_

診療項目	回数	点	入院	入院年月日			点	
				年	月	日		
初診	初診	回	点	病 診	入院基本料・加算			
	時間外	回	点		×	日間	点	
	休日	回	点		×	日間	点	
	深夜	回	点		×	日間	点	
再診	再診	回	点		×	日間	点	
	外来管理加算	回	点		×	日間	点	
	時間外	回	点		×	日間	点	
	休日	回	点		特定入院料・その他			
深夜	回	点						
医学管理		点	食事生活	基準	円	×	回	
在宅		点		特別	円	×	回	
		点		食事環境	円	×	回	
投薬	内服	単	点	基準(生)	円	×	回	
	屯服	単	点	特別(生)	円	×	回	
	外用	単	点	減・免・猶・I・II・3月				
	処方	回	点					
	麻毒	回	点					
	調基		点					
注射	皮下筋肉内	回	点					
	静脈内	回	点					
	その他	回	点					
処置	処置	回	点					
手術 麻酔	手術	回	点					
	麻酔	回	点					
検査	検査・病理	回	点					
画像 診断		回	点					
その他		回	点	合計				円

上記のとおり領収(診療)しました。

令和 年 月 日

医療機関所在地  
医療機関の名称  
医師の氏名  
医療機関電話番号

( )