

支給決定 伺	・自費 ・国保 ・他保 ()	支給 総額	¥	取得日	年	月	日	常務 理事	事務 長
		法定	¥	喪失日	年	月	日		
	()	付加	¥	認定日	年	月	日	課長 / 係長	担 当 者
		抹消日	年	月	日				
支給 期間	自	年	月	日	日間	本人 家族	一 般(7割) 就 学 前(8割) 高 齢(8割)	備 考	

これより上は記入しないでください。

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (立替払等)

被 保 険 者 (申 請 者) 情 報	① 被保険者等 記号番号	記号	番号	② 事業所 名称	
	③ 氏名	ワガナ		④ 被保険者 生年月日	昭・平 年 月 日
	⑤ 住所	〒 - 日中連絡のとれるTEL () -			

申 請 内 容	⑥ 受診者名	⑦ 生年月日		⑧ 続柄	
	⑨ 傷病名	⑩ 発病又は負傷 の年月日		平・令 年 月 日	
	⑪ 傷病の原因はケガ、又は腰痛等(腰痛は被保険者のみ)ですか		いいえ・はい...>「負傷原因報告書」を添付		
	⑫ ⑪がはいの場合、第三者行為によるものですか		いいえ・はい...>「第三者行為による傷病届」を添付		
	⑬ 診療を受けた 医療機関等	a 名称	b 所在地	c 診療した医師等の氏名	
	⑭ 診療を受けた 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	⑮ 受診の区別 入院・外来・薬局	⑯ 診療等に要した額 円
	⑰ 公費負担(子ども・ひとり親・身障者助成制度等)の適用を受ける事ができますか				はい・いいえ
	⑱ 申請理由 <small>※該当する番号に○をつけ、必要に応じて()内に記入してください</small>	1. 加入手続き中等でマイナ保険証が使用できず、全額自己負担したため 2. マイナ保険証等を不所持であったが緊急やむを得ず受診し、全額自己負担したため 3. 他の保険制度(国保等)で受診し、その医療費を返納したため 4. その他 ()			
⑲ 退職者のみ記入 振込先	銀行・信金 信組・農協	d 預金種別 普通	e 口座番号		
	本店・支店 本所・支所	店番()	f 口座名義人(カタカナにて記入)		

委 任 欄	⑳ 上記療養費の受領を健保代理受領口代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 (申請者)	(事業主記入欄) 健保代理受領口代理人氏名	(受付日付印)
-------------	---	--------------------------	---------

【注意事項】

- ・申請書は暦月を単位として、受診者ごと、病院・薬局ごと、医科・歯科ごと、入院・外来ごとに分けて作成してください。
- ・在職中の方は受領代理人が必要です。委任欄に記名のうえ事業所へ提出してください。
- ・ボールペン等、消えない筆記用具でご記入ください。鉛筆、消せるボールペン(フリクション等)は不可です。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線(黒)で抹消し、訂正印を押印のうえ正しい内容を記入してください。

【療養費の支給要件等】

下記に該当する場合で **SGホールディングスグループ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. 健康保険の加入手続き中などでマイナ保険証等を提示できず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等を受けたとき
3. SGホールディングスグループ健康保険組合の加入期間に、資格がなくなっている前の保険者（国民健康保険など）の資格で診療等を受け、医療費の返還を行ったとき
4. 生血液の輸血をうけたとき（保存血を輸血した場合は、原則、保険診療の対象となるため療養費の申請は不要です）
5. 臍帯血を搬送したとき
6. 自己負担額が2割負担の70歳以上の方が、保険医療機関等の窓口で高齢受給者証を提示できないなど、やむを得ず3割負担で医療費を支払ったとき

【申請期限（時効）】

健康保険による給付を受ける権利は2年を過ぎると時効により消滅し、請求できなくなります。

時効の起算日は下記のとおりです。

種 類	消滅時効の起算日
マイナ保険証、資格確認書などを医療機関に提示できず医療費を自費で支払ったとき	医療機関に医療費等を支払った日の翌日
国民健康保険など前保険者の資格で医療機関等を受診したため、医療費の返還を行ったとき	診療を受けた日の翌日
生血液を輸血したとき	生血代を支払った日の翌日
臍帯血を搬送したとき	搬送に要した費用を支払った日の翌日
自己負担額が2割負担の70歳以上の方が、やむを得ず3割負担で医療費を支払ったとき	医療機関に医療費等を支払った日の翌日

【記入上の注意】

- ①欄は、マイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書に記載されている記号と番号をご記入ください。枝番は記入不要です。
- ②欄は、被保険者の勤務している（していた）会社の名称を記入してください。
- ③欄～⑤欄は被保険者についてご記入ください。
被保険者が亡くなられ、法定相続人が申請される場合、③欄は、法定相続人の氏名を、④欄は、被保険者の生年月日を、⑤欄は、法定相続人のご住所をご記入ください。
- ⑪欄「負傷原因報告書」、⑫欄「第三者行為による傷病届」を既にSGホールディングスグループ健康保険組合にご提出いただいている場合は添付不要ですが、余白に「提出済」とご記入ください。
- ⑮欄が「薬局」の場合、⑬-a、⑬-b欄は調剤薬局の名称、所在地を、⑬-c欄は薬剤師名を記入してください。また、⑯欄は調剤日（薬代を薬局へ支払った日）を記入してください。
- ⑯欄は、⑱欄の申請理由が1～2（全額自己負担）の場合、医療機関に支払った金額を記入してください。何日間かある場合は、同月に受診された日分の合計をご記入ください。また、⑱欄の申請理由が3（他保険で受診）の場合、医療費を返納した金額を記入してください。
- ⑲欄は、退職または任意継続により被保険者が給付金を直接受領する場合に振込先を記入してください。この場合、口座名義人は被保険者名義に限ります。
被保険者が亡くなられ、法定相続人が申請される場合は、申請者の振込口座情報をご記入ください。
※ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号（7桁）をご記入ください。
- ⑳欄は、在職中の方は必ず記名してください。

添付書類 (いずれも原本が必要になります。)

<p>医療費を全額自己負担した場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「領収(診療)明細書」または「診療報酬明細書(レセプト)」 医療機関が「診療報酬明細書(レセプト)」を交付できない場合は、「領収(診療)明細書」の記入を依頼してください ※薬局の場合は「領収(調剤)明細書」または「調剤報酬明細書(レセプト)」 ※書類の作成料・証明料は療養費の対象外です。 ○ 領収書 診療を受けた際に支払った代金の領収書。薬局の場合は、処方箋の代金の領収書
<p>他の保険制度(国保等)で受診し、その医療費を返納した場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療費を返還した保険者から受け取った診療報酬明細書(レセプト)の写しの入った封筒等 封かんされているときは 開封しないで封筒ごと添付してください ○ 領収書 返納した金額の領収書
<p>生血液を輸血した場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 輸血証明書 輸血回数が記載されたもの ○ 領収書 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
<p>臍帯血を搬送した場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 以下の事項を記載した医師または歯科医師の意見書 傷病名、搬送理由、搬送先・区間(詳細な経路)・期間・回数 ○ 領収書 搬送に要した費用を証明した領収書(移送経路、移送方法、移送年月日がわかるもの)
<p>自己負担額が2割負担の70歳以上の方が、やむを得ない理由で3割負担で医療費を支払った場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 領収書 診療を受けた際に支払った代金の領収書
<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"> ○ 当組合の被扶養者であった配偶者からの申請の場合 戸籍などの書類は添付不要です ○ 上記以外の相続人からの申請の場合 戸籍謄本(全部事項証明書) ○ 相続人の法定相続人順位より先順位、または同順位の法定相続人がおられる場合 被保険者との続柄を確認できる戸籍謄本(全部事項証明書)と「権利継承届兼誓約書」 ○ 相続人が婚姻等で氏名変更されている場合 相続人の戸籍抄本

※上記添付書類の他、追加書類をお願いする事もあります。

※いずれの場合でも、消費税は給付の対象外のため自己負担となります。

※ご提出いただいた添付書類は返却できませんので、当組合からの払い戻し後に自己負担分を役所等へ請求される場合は、あらかじめ役所等へお問合せのうえ、領収書等のコピーをとり保管しておいてください。

【提出先】

在職中(当組合の加入者で任意継続以外)の方は事業主を通じてお支払いいたしますので、必ず事業所へ提出してください。

退職後に在職期間中の分を申請する場合や任意継続の方は、SGホールディングスグループ健康保険組合に送付してください。