**（特退・任継用）**

**療養費支給の申請手続きについて**

**（治療用装具、鍼灸、あん摩・マッサージ以外）**

１．支給条件および添付書類

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **支給条件** | **補　　　足** | **添付書類** |
| **(1)** **健康保険証（資格確認書含む）を提示できなかったとき**  **（国内）** | 急病や旅行中、健康保険の手続き中等で健康保険の資格を提示できず、10割負担した。 | ・診療報酬明細書、調剤報酬明細書  （レセプト）**（原本）**  **※「診療明細書」「調剤内訳書」等では代用不可**  ・領収書**（原本）** |
| **(2)国民健康保険等へ医療費を返還したとき** | 健康保険の手続き中等で国民健康保険の資格で受診し、その医療費を国民健康保険へ返還した。 | ・国民健康保険等が発行した診療報酬明細書、調剤報酬明細書（レセプト）  **※開封厳禁**  ・国民健康保険等が発行した領収書**（原本）**  ※医療機関へ支払った領収書は添付不要 |
| **(3)柔道整復師（接骨院・整骨院）**  **の施術代** | 急性または亜急性の捻挫・打撲・挫傷（肉離れ）・骨折・脱臼による場合に限る。 | ・柔道整復施術療養費支給申請書**（原本）**  ・領収書**（原本）** |
| ・海外で受診した保険治療の費用については、別紙「被保険者・家族療養費支給申請書（海外療養費）」にて申請してください。  ・治療用装具の購入費用については、別紙「被保険者・家族療養費支給申請書（治療用装具）」にて申請してください。  ・鍼灸の施術代については、別紙「被保険者・家族療養費支給申請書（鍼灸）」にて申請してください。  ・あん摩・マッサージの施術代については、別紙「被保険者・家族療養費支給申請書（あん摩・ﾏｯｻｰｼﾞ）」にて申請してください。 | | |

２．支給額　　　　　・８割相当額　：７０歳以上で自己負担額が２割の方または、義務教育未就学児童

・７割相当額　：７０歳未満の方（義務教育未就学児童を除く）または、７０歳以上で自己負担額が３割の方

※健康保険が適用になる医療費のみを対象とし、受診内容等よっては支給の上限などがある場合

　もありますのでご承知おきください。

３．支給日　　　　　**申請書が当健康保険組合に届いた日の翌月末日（休祝日の場合は前日）に、保険料振替口座にお振込みします。**

支給金額については、振込前に送付する「医療費のお知らせ」にて通知します。

併せて、[ヘルスアップF@mily「医療費のお知らせ」](https://kenpo.jp.fujitsu.com/health_insurance/m_statement/201412.html)でも確認できます。

※支給決定までに時間がかかる場合がありますのでご承知おきください。

４．書類提出先　　　〒２１１－００６３

神奈川県川崎市中原区小杉町３－２６４－３

富士通健康保険組合　特例退職または任意継続担当　宛

６．時　効　　　　　療養に要した費用を支払った日の翌日から２年間

　（申請期限）

７．連絡事項　 　・暦月ごとに申請してください。

・健康保険法施行規則改正に伴い健保組合に届出いただく本書類への押印は不要といたします。

以　　　上

**（特退・任継用）**

**記入に関する注意事項**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **療養費支給申請書** （被保険者・家　　族） | | | | | | | | | | | | | | | | | 常務  理事 | | |  | | | | | | 事  務局  長 |  | | | | 課    長 | |  | | | | | | | 担  当  者 | | |  | | | |
| 申  請  者  の  記  入  欄 | 被保険者 | | | 記号 | |  | | | | | 番号 | | |  | | | | | | | | | | | | 被保険者氏名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請対象者 | | | 氏  名 | |  | | | | | | | | | 続柄 | | |  | | | | | 生年  月日 | | | 昭和  平成  令和 | | 年　　 月　　 日 | | | | | | | | | | 年  齢 | 歳  ※診療日時点を記入 | | | | | | | |
| 傷　病　名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 発病・負傷年月日 | | | | | | | | | | | 平成  令和 | |  | | | 年 | |  | | | | | 月 | | | |  | 日 |
| 発病・負傷原因  **※詳しく記入してください** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 発病・負傷は業務上または通勤途上  によるものですか | | | | | | | | | | | | | はい ・ いいえ | | | | | | | | | | |
| 交通事故・ケンカ等  第三者行為によるものですか | | | | | | | | | | | | | はい ・ いいえ | | | | | | | | | | |
| 傷病が第三者行為  であるとき | | | （事実及び第三者の住所・氏名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **業務上の場合は保険適用になりません** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診　療　期　間 | | | 令和 | | | |  | | 年 | |  | | | | 月 | | |  | | | 日から | | | | | 令和 | | |  | 年 |  | | | 月 | |  | | | | | 日 | | 日間 | | |
| 診療に要した費用 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | **円** | | | | **実際に医療機関にかかった日数を記入** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康保険の資格を提示できなかった理由 | | | （具体的に記入してください）  **記入日含めすべて記入してください** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請いたします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | 年 | |  | | 月 | |  | | 日 | | 被保険者 | | | | | | | 住所 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健  保  記  入  欄 | 診療年月 | 令和 |  | 年 |  | 月 | 本人家族区分 | | 本人 ･ 家族 ･ 未就学 ･ 高７ ･ 高８ | | | | | |
| 種　　別 | 一般診療　・　他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 診療区分 | 外来　・　入院　・　歯科　・　調剤　・　他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | 日　数 |  | 日 |
| 支給金額 |  | | | | 円 | 食事療養 |  | | 円 | 支給額合計 |  | | 円 |

■添付書類　■詳細は１頁目およびＨＰ参照のこと

※領収書は必ず**原本**を添付してください。

※診療報酬明細書・調剤報酬明細書は必ず**原本(国保等返還の場合は写)**、かつ**各月毎、外来、調剤、入院毎にそれぞれ１枚ずつ**

必要です。

　また、**領収書と一緒に発行される「診療明細書」「調剤明細書」では代用できません**のでご注意ください。

**（特退・任継用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **療養費支給申請書** （被保険者・家　　族） | | | | | | | | | | | | | | | | | 常務  理事 | | |  | | | | | | 事  務局  長 |  | | | | 課    長 | |  | | | | | | | 担  当  者 | | |  | | | |
| 申  請  者  の  記  入  欄 | 被保険者 | | | 記号 | |  | | | | | 番号 | | |  | | | | | | | | | | | | 被保険者氏名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請対象者 | | | 氏  名 | |  | | | | | | | | | 続柄 | | |  | | | | | 生年  月日 | | | 昭和  平成  令和 | | 年　　 月　　 日 | | | | | | | | | | 年  齢 | 歳  ※診療日時点を記入 | | | | | | | |
| 傷　病　名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 発病・負傷年月日 | | | | | | | | | | | 平成  令和 | |  | | | 年 | |  | | | | | 月 | | | |  | 日 |
| 発病・負傷原因  **※詳しく記入してください** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 発病・負傷は業務上または通勤途上  によるものですか | | | | | | | | | | | | | はい ・ いいえ | | | | | | | | | | |
| 交通事故・ケンカ等  第三者行為によるものですか | | | | | | | | | | | | | はい ・ いいえ | | | | | | | | | | |
| 傷病が第三者行為  であるとき | | | （事実及び第三者の住所・氏名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診　療　期　間 | | | 令和 | | | |  | | 年 | |  | | | | 月 | | |  | | | 日から | | | | | 令和 | | |  | 年 |  | | | 月 | |  | | | | | 日 | | 日間 | | |
| 診療に要した費用 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | **円** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康保険の資格を提示できなかった理由 | | | （具体的に記入してください） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請いたします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | 年 | |  | | 月 | |  | | 日 | | 被保険者 | | | | | | | 住所 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健  保  記  入  欄 | 診療年月 | 令和 |  | 年 |  | 月 | 本人家族区分 | | 本人 ･ 家族 ･ 未就学 ･ 高７ ･ 高８ | | | | | |
| 種　　別 | 一般診療　・　他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 診療区分 | 外来　・　入院　・　歯科　・　調剤　・　他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | 日　数 |  | 日 |
| 支給金額 |  | | | | 円 | 食事療養 |  | | 円 | 支給額合計 |  | | 円 |

■添付書類　■詳細は１頁目およびＨＰ参照のこと

※領収書は必ず**原本**を添付してください。

※診療報酬明細書・調剤報酬明細書は必ず**原本(国保等返還の場合は写)**、かつ**各月毎、外来、調剤、入院毎にそれぞれ１枚ずつ**

必要です。

　また、**領収書と一緒に発行される「診療明細書」「調剤明細書」では代用できません**のでご注意ください。

（領収書貼付用）

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | ≪注意事項≫  ・領収書などの添付書類は原則返却できません。自治体の助成を受ける等の理由で、  健保への申請後に必要となる場合は、あらかじめご自身でコピーをとってからご提出ください。  ≪自治体の助成を受ける方へ≫  ・助成の申請には、通常「領収書のコピー」と支給月の「医療費のお知らせ」が必要になります。  　「医療費のお知らせ」は、ヘルスアップF@milyから支給月の通知をPDFで印刷し  ご利用ください。  ・助成を受けている方は、原則健康保険組合に届け出が必要です。  「自治体医療費助成制度 受給資格取得届」をご提出ください。  ※但し、東京都など一部の自治体は不要です。詳しくは健康保険組合ホームページをご確認  ください。  （ホーム⇒健康保険について⇒ 医療費について⇒ 自治体より医療費助成を受けているとき） |   領収書のり付け欄  **この用紙に領収書を貼ってご提出ください。**  　 　　　　　 枚数が多くのり付けが難しい場合には、紛失しないような止め方での添付も可能です。 |