

* 各種申請書の記載項目の

被保険者証の【記号番号】欄、または【備考(個人番号)】欄のいずれかに必要項目を記載してください。

被保険者証の【記号番号】に代えて、

個人番号により申請する場合、申請書の記載項目【備考】欄に個人番号を記載してください。

(その場合、被保険者証の記号番号は記載不要。)

なお、

個人番号を記載した場合は、個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要となりますので、以下の書類を添付してください。

| 個人番号確認 | 本人確認 |
|-----------------------------|---|
| ① 個人番号カード写 | ① 個人番号カード写 |
| ② 通知カード写 | ② 運転免許証写、運転経歴証明書、パスポート写、身体障害者手帳写、在留カード写、特別永住者証明書等 |
| ③ 個人番号が記載された住民票写、住民票記載事項証明書 | ③ 官公署から発行・発給された書類その他これに類する書類であって、写真の表示等の措置が施され、個人番号利用事務実施者が適当と認めるもの |

◇ 被保険者証を使わずに診療を受けたとき

1. 申請書類

(1)「療養費(付加金)支給申請書」(給1)

(2)領収(診療)明細書(給1-添付1~2)

ただし、備付用紙を使用しない場合には、診療報酬明細書(レセプト)の写しと領収書(原本)

2. 提出時の注意

(1)診療報酬明細書(レセプト)の写しと領収書原本を添付するか、領収(診療)明細書(給1-添付1・

医科・調剤 給1-2・歯科)に医師等からの証明を得て添付するか、どちらか一方を添付して下さい。

(2)診療報酬明細書(レセプト)は、医療機関の窓口で健保組合へ「療養費」の申請を行う旨伝え発行依頼して下さい。

◆ コルセット・義眼などの治療用装具を装着したとき

1. 申請書類

(1)「療養費(付加金)支給申請書」(給1)

(2)医師が診察し、疾病または負傷の治療上、治療用装具が必要であると認めた医師の証明書(原本)

ただし、医療機関で備付用紙がない場合には、証明書(給1-証明1もしくは給1-証明2)に医師から証明を得て添付して下さい。

(3)明細付の領収書(原本)

(4)靴型装具を作製した場合、当該装具の写真(診療を受けた者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)

2. 提出時の注意

(1)医師の証明は、治療用装具を必要とする旨、指示内容、装着確認が記載されているものを添付して下さい。

(2)領収明細書には、価格内訳が記載されたものを添付して下さい。

(3)靴型装具を作製した場合の写真は、患者本人、家族、義肢装具士(事業者含む)等いずれであっても撮影者は構いません。(診療を受けた者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)

◇ 柔道整復師・鍼灸師・マッサージ師などによる施術を受けたとき

1. 申請書類

(1)「療養費(付加金)支給申請書」(給1)

(2)保険医の同意書(鍼灸・マッサージ師の施術に限ります。)

(3)領収書(原本)

(4)領収明細書(給1-添付3~5のいずれか)または施術者から発行された領収明細書(原本)

2. 提出時の注意

(1)領収(診療)明細書(給1-添付3・柔道整復師 給1-添付4・鍼灸師 給1-添付5・あんまマッサージ師)に施術者から証明または施術者から発行された領収明細書(原本)のどちらか一方を添付して下さい。

(2)領収明細書には、施術内容が記載されたものを添付して下さい。

(3)柔道整復師・鍼灸師・あんまマッサージ師などでは、健康保険で受けられるときの症状が限定されていますので、支給決定に際しては調査を行います。

◆ 旧保険証で治療を受けたとき(ジェイティ健保の資格のある期間に別の保険証を使用した場合)

1. 申請書類

(1)「療養費(付加金)支給申請書」(給1)

(2)診療報酬明細書(レセプト)の写し

(3)領収書(原本)

◎すべての療養費申請をする際には、外傷性の負傷について詳細な原因を「発病または負傷の原因その経過」欄に記入して下さい。負傷原因が不明な場合には、「不詳」を記入して下さい。

◎「第三者行為」や「自損事故」によるけがを受け、療養費(付加金)支給申請をする場合は、『第三者の行為による傷害事故届』や『自損事故による傷害事故届』の提出が必要となります。早急に、健保組合へ連絡して下さい。

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

《あんま・マッサージ師へのお願い》 下記項目に記入をお願いします。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|------|-------------------------------------|---|-----------------------|--|-------|-----|-------------------------|-----|-------------|--|--------------|--|--|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 欄 | ○被保険者証等の記号番号 | | | | ○発病又は負傷年月日 | | | | ○傷病名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 平成 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (フリガナ) | | | | 続 柄 | | | | ○発病又は負傷の原因及びその経過 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療 養 を 受 け た 者 の 氏 名 | 男 ・ 女 | | | | | | | | ○業務上・外、第三者行為の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 昭・平・令 年 月 日生 | | | | 1. 業務上 2. 通勤途上 3. 第三者行為 4. その他 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施 術 内 容 欄 | 初療年月日 | | 施術期間 | | | | | | 実日数 | | 請求区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 平成 令和 年 月 日 | | 自・平成 令和 年 月 日 ~ 至・平成 令和 年 月 日 | | | | | | 日 | | 新規・継続 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 傷病名又は症状 | | | | | | | | | | 転 帰 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 継続・治癒・中止・転医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | マ ッ サ ー ジ | | 軀 幹 | | 円 × | | 回 = | | 円 | | 摘 要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 右上肢 | | 円 × | | 回 = | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 左上肢 | | 円 × | | 回 = | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 右下肢 | | 円 × | | 回 = | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 左下肢 | | 円 × | | 回 = | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 変形徒手矯正術 | | | | 円 × | | 肢 × | | 回 = | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 温 罨 法 | | | | 円 × | | | | 回 = | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 温罨法・電気光線器具 | | | | 円 × | | | | 回 = | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 往療料 4kmまで | | | | 円 × | | | | 回 = | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 往療料 4km超 | | | | 円 × | | | | 回 = | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術日 通院○ 往療◎ | | 月 | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施 術 証 明 欄 | 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 | | | | 保健所登録区分 | | | | 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | | 住 所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 免許登録番号 | | | | あんま・マッサー ジ・指圧師 氏 名 | | | | 電 話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申 請 欄 | 上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | | 申請者 任 所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 殿 (被保険者) 氏 名 | | | | 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支 払 機 関 欄 | 支払区分 | | 預金の種類 | | 金融機関名 | | 銀行 | | 本店 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1. 振 込 2. 銀行送金 | | 1. 普通 2. 当座 | | | | 金庫 | | 支店 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3. 郵便局送金 4. 当地払 | | 3. 通知 4. 別段 | | | | 農協 | | 出張所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 が妨げで記入 | | 口座番号 | | | | | | | | 郵便局 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同 意 記 録 | 同意医師の氏名 | | 住 所 | | 同意年月日 | | 傷 病 名 | | 要加療期間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 平成 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【記入上の注意】 1. 往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。
2. 同意記録欄には、同意した医師氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間をご記入してください。(再同意記録も同様。)