

療養費・家族療養費等 請求書

この請求書は、療養の給付を受けることが困難なとき、又は緊急その他やむを得ない事情に該当する自費診療費・海外診療費・装具代・マッサージ・はり・きゅう・血液代等に要した費用・及び他の保険を使用し返還した診療費等を請求するときに使用するものです。

■提出上の注意

マイナ保険証等を使用できなかった理由は、具体的に記入してください。

■添付書類

請求する事由により添付書類が異なります。

1. 他の資格確認書を使用したときは、国民健康保険または他の健康保険に返金支払いをした領収書と返金時に渡された開封厳禁と記された封筒「診療報酬明細書(写)」(決して開けないで療養費請求書に添付してください。)
2. 医師による診療を受けたときは、「診療報酬(医科)領収済証明書」
3. 歯科医師による診療を受けたときは、「診療報酬(歯科)領収済証明書」
4. 保険薬局から薬剤の支給を受けたときは、「診療報酬(調剤)領収済証明書」
5. 海外で診療を受けたときは、「海外診療報酬(医科)明細書」または「海外診療報酬(歯科)明細書」、「外国診療記録書」、領収書、渡航確認書類及び「調査に関わる同意書」
6. 装具の場合は、(イ)医師の意見書と(ロ)購入代金の領収書、靴型装具の場合のみ、その装具の写真を貼り付けた「靴型装具写真貼付台紙」

7. マッサージ・はり・きゅうの場合は、(イ)医師の同意書と(ロ)施術料金の明細つき領収書
8. 血液代の場合は、(イ)輸血を必要とする医師の理由書と(ロ)血液購入代金の領収書
9. この他に必要に応じて証拠書類の提出を求められることがあります。

記入例

私学太郎さんの子、花子さんが風邪を引いたが、被扶養者認定手続き中であったため、自費で受診した。

加入者証等記号・番号 13-A-9999-99999-00
加入者生年月日 平成3年5月7日
療養者生年月日 令和4年10月2日

資格確認書等に記載されている加入者番号を記入してください。
(記号:県コード~学校番号, 番号:個人番号)

不明な場合は空白で構いません。添付書類等から当事業団で判断します。

職務上か職務外か判別できるように具体的に明記してください。病気の場合で原因が分からないときは「原因不明」と記入してください。

装具の場合「自」→証明書内にある装具の必要を認められた日を記入してください。「至」→空白可。

この欄は記入しないでください。

任意継続加入者期間中についての請求の場合は、学校法人等の証明は不要です。ただし、給付対象期間が在職中である場合は、証明が必要です。

該当する年号の番号を○で囲んでください。生年月日は年・月・日ごとに2マス用いて記入し、1マスで足りる場合は前に0(ゼロ)を記入してください。

装具の代金についての請求の場合には、装具が入院中に装着したものか、通院中に装着したものかを○で囲んでください。

マイナ保険証等を使用できなかった理由について、該当する番号を○で囲んでください。また、海外で診療を受けたときの請求の場合には、渡航理由(留学中のため海外で診療を受けた、海外出張中に診療を受けた等)を記入してください。

※診療を目的に海外に渡航した場合は、対象となりません。

療養費・家族療養費等請求書											
13031		加入者等記号・番号		加入者氏名		生年月日					
01	13032	13A	1234	00567	私学太郎	3	05	07			
請求金額	療養者氏名	生年月日	続柄	※コード	※確認						
	私学花子	041002	子								
病気がケガか		どういうときに		病気又はケガの原因(詳しく)		第三者による加害行為					
① 病気		② 私用中		③ 勤務中		④ その他		原因不明			
医療機関等の名称		医療機関等の所在地		医師等の氏名		器具装着状況					
私学共済病院		東京都文京区湯島3-99-99		共済太郎		1. 入院中 2. 通院中					
傷病名		診察開始年月日		マイナ保険証等を使用できなかった理由							
風邪		平 0419		① 資格取得等の手続き中であったため ② 前の保険者の資格確認書を使用した ③ 治療用装具を購入した ④ 9歳未満の小児治療用眼鏡を購入した ⑤ 帯び着衣を購入した ⑥ はり、きゅう又はマッサージの治療のため		7. 特約被・購血等の輸送のため 8. 特定疾病の請求 9. 海外で受診したため(渡航理由) 10. その他					
療養期間		自 至		※療養区分		※入院費		※薬剤			
平 0419		平 0420									
* 決定金額		* 療養期間		* 療養区分		* 入院費		* 薬剤			
* 個人番号		* 公費額		* 一部負担金		* 特区		* 市区町村コード		* HS	
資格喪失者記入欄		郵便番号		給付金受領者の住所(カタカナ)							
		(該当する金融機関を○で囲んでください) 給付金の送金先		金融機関名(カタカナ)		口座名義人					
		銀行		店名(カタカナ)		口座番号					
		ゆうちょ銀行									
		記号		再発行番号		口座名義人					
委コ・委任者氏名		郵便番号(999-9999)		TEL 099-999-999							
上記のとおり請求します。		住所		東京都江戸川区臨海町999-999							
令和 年 3月 4日		請求者		私学太郎							
日本私立学校振興・共済事業団		所在地		東京都文京区湯島5-99-999							
理事長 殿		名称		学校法人 湯島大学							
上記の請求は、事実と相違ないものと認めます。		代表者名		理事長 杉山 茂							
令和 年 3月 5日											

注意事項

「マイナ保険証等を使用できなかった理由」・「病気がケガか」・「どういうときに」・「病気又はケガの原因」は記入漏れがないよう注意してください。

- ・職務上災害、通勤災害、第三者による加害行為の場合、本人の過失によりマイナ保険証等を提示しなかった場合は健康保険の扱いにはできません。
- ・外傷性の傷病の場合は「状況報告書」の提出を依頼することがありますので、ご了承ください。