

# 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払い)の手引き 家族

医療費を自費負担した場合、パナソニック健保が「やむを得ない」と認めた分について療養費を支給することができます。また、「健康保険の治療の範囲の中で査定された金額から、自己負担分を差し引いた額」を療養費として支給します。

申請書は4~5ページ目です。漏れなく正確にご記入ください

- 支給申請書は、家族（被扶養者）の療養費支給申請であっても、被保険者ご自身をご記入ください。
- 被保険者が亡くなっている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

## 添付書類をご用意ください

- **領収書（領収明細書）の原本**  
診療に要した費用を証明した領収書の原本
- **診療報酬明細書（傷病名の記載のあるもの）**  
調剤薬局の場合は、「調剤報酬明細書」になります
- ④ **他健保の保険証を使用した場合、返金時に“開封厳禁”と記された封筒「診療報酬明細書の写し」を渡されます。決して開封せず療養費申請書に添付してください。**
- **他健保から返還請求を受けたときの書類(請求書等)** ※他健保の保険証使用の場合のみ  
受診者名・診療年月・病院名、薬局名等記載されたもの

**提出された書類はいかなる場合でも返却はできません。**  
**必要と思われる場合には、提出前にあらかじめコピーを取っておいてください。**

### ❖ 「診療明細書」と「診療報酬明細書」の違い

大きな違いは明細書としての役割です。それぞれの役割は以下になります。

「診療明細書」…… 患者が診療費領収書と一緒に受け取るもの

「診療報酬明細書」…… 医療機関が国民健康保険団体連合会 または 社会保険診療報酬支払基金へ提出するもの

# 健康保険者証の不携帯や手続き中により 医療機関へ立替払いされた皆さまへ

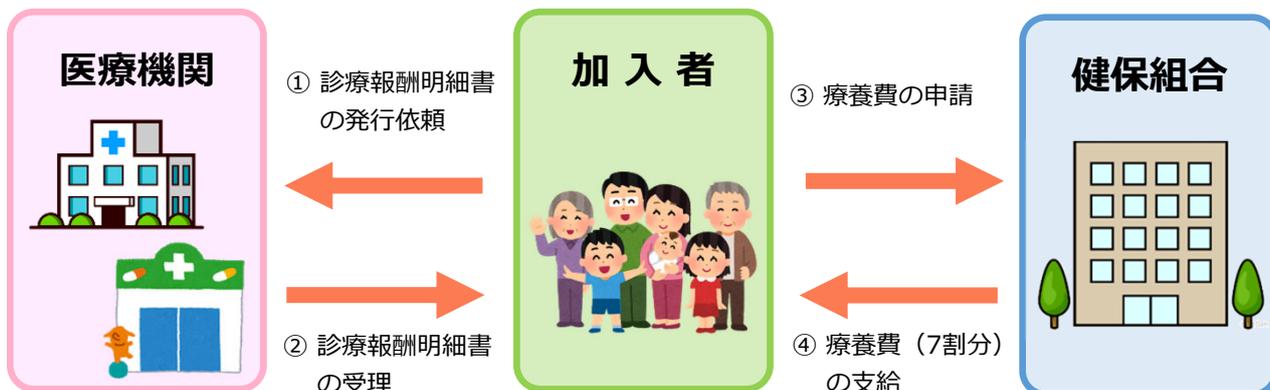
急病などで保険証を持たずに診療を受けるときや、やむを得ない事情で健康保険証を提示できなかった場合は、一旦、医療費を全額支払い、後日、弊健保へ請求することで健康保険組合が負担するべきだった分の払い戻しを受けることができます。

ただし、保険医療費を基準にして、かかった費用を健康保険組合から支給します。

(健康保険法 第87条)



## 申請手続きの流れ



『診療（調剤）報酬明細書』とは、患者が受けた保険診療について医療機関が、公的医療保険の保険者（健康保険組合）に請求する際に使用するものです。

医療機関が「診療（調剤）報酬明細書」を交付できない場合は、別紙1「診察（領収）明細書」の記入を依頼してください。

## 保険医療機関及び保険医療費担当規則

(証明書等の交付)

第六条 保険医療機関は、患者から保険給付を受けるために必要な保険医療機関又は保険医の証明書、意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しなければならない。ただし、法第八十七条第一項の規定による療養費（柔道整復を除く施術に係るものに限る）、法第九十九条第一項の規定による傷病手当金、法第一百一条の規定による出産育児一時金、法第一百零二条第一項の規定による出産手当金又は法第一百四十四条の規定による家族出産育児一時金に係る証明書又は意見書については、この限りでない。

# 診察（領収）明細書（ 年 月 日 ～ 年 月 日 までの分）

1. 領収（診療）明細書の記載は診療報酬明細書に準じて記載してください。
2. 領収（診療）明細書にかえて診療報酬明細書を使用しても差し支えありません。
3. 入院と外来は別々に分けて作成して下さい。
4. 保険薬局は、領収明細書にかえて調剤報酬明細書を使用してください。
5. 入院の場合の部屋代の差額等は記載しないでください。

氏名	本人		男	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日			職務上		
	家族		女			職務外					
傷病名	(1) (2) (3)				診療 開始日	(1)	年	月	日	(2) 年 月 日	(3) 年 月 日
初診	時間外・休日・深夜	×	回	点	円	診療実日数		日			
再診	再診	×	回			転帰					
	外来管理加算	×	回			※ 薬名・用量等の明細					
	時間外	×	回								
	休日	×	回								
深夜	×	回									
指導											
在宅	再診		回								
	夜間		回								
	深夜・緊急		回								
	在宅患者訪問診療 その他 薬剤		回								
投薬	内服 薬剤	×	単回								
	調剤		単回								
	頓服 薬剤		単回								
	外用 薬剤 調剤	×	回								
処方 麻毒 調基	×	回									
注射	皮下筋肉内		回								
	静脈内		回								
	その他		回								
処方	処置 薬剤		回								
手術	手術・麻酔 薬剤		回								
検査	検査 薬剤		回								
画像	画像診断 薬剤		回								
その他	処方せん その他 薬剤		回								
入院	入院年月日					① 合計		円			
	(自) 月 日 (至) 月 日 日間					② 薬剤一部負担額金額		円			
	入院料 × 日 入院時医学管理料 × 日 特入院・その他 食事 円 × 日					③ 公費負担額		円			

上記明細書のとおり診察し、 円 を領収しました。

年 月 日 医療機関の所在地

名 称

Ⓔ

電 話 番 号



健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払い)

被保険者(申請者)記入用

今回の申請は、工作中、通勤中、相手のいる事故等に該当しません。※該当の場合、必ず健保へご連絡ください

申請内容

1. 受診者 (1. 被保険者 氏名, 2. 被扶養者 氏名, 生年月日, 1. 昭和, 2. 平成, 3. 令和)
2. 受診者は、市町村から医療療養費助成を受けていますか (1. はい, 2. いいえ)
3. 診療の給付を受けられなかった理由 (1. 保険証の不携帯により全額支払った, 2. 保険証の手続き中により全額支払った, 3. 前加入健保の保険証を使用し受診したため、返還請求があり支払った, 4. その他)
4. パナソニック健康保険組合の加入認定年月日 (1. 加入中, 2. 加入していた)
5. 診療を受けた期間 (令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで)
6. 支払った金額 (円)

給付金は事業所へ振込をし、事業所より被保険者本人の口座へ振込となります。

ただし、現在すでに退職されている場合は被保険者本人口座への振込となりますが、最終の給与にて相殺する場合がありますので、本人と人事担当者にて確認のうえ記入してください。

① 振込先の確認 (現在の状況について、お尋ねします。 1. 在職中, 2. 現在、任意継続被保険者、特例退職被保険者としてパナソニック健保に加入中, 3. 令和 年 月 日退職)
② 資格喪失者の口座 (コード番号, 金融機関名称, 預金種別, 口座名義人, 公金受取口座)
(金融機関コード), (店番コード), 口座番号 (右づめ), カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点、半濁点は1文字としてご記入ください。)

③ 被保険者死亡のため相続人が申請者となる場合は、被保険者との続柄(戸籍謄本、住民票等)が必要です。ただし、死亡時に相続人がパナソニック健康保険組合の被扶養者であった場合は不要です。