

【1101】療養費・家族療養費 支給申請書

ポイント

- ・□の記入は、被保険者は「0」療養費を、被扶養者は「1」家族療養費を記入
- ・療養費・家族療養費支給申請書は「療養者」単位、「月」単位、「入院・外来」単位、「医療機関」単位に分けて申請をしてください。
- ・提出先は、会社の事務担当となります。（被保険者の退職後および任意継続になられた方は、直接 JR 健保へ送付してください。）
※事業主を経由せず JR 健保に直送する場合、備考を読んで該当する箇所を二重抹線

記入内容（1：自費診療）

- (1)・(2) は、カード被保険者証の記号・番号を記入
 - (3) 治療等をされた方の氏名を記入
 - (4) 診療期間は、「月」単位で治療等をされた最初の日から最終日を記入
 - (5) 診療区分は、「1：医科」は薬局での薬代を含みます、「2：歯科」も薬局での薬代があれば含まれます。
 - (6) 入院・外来は、別々での申請で、「1：入院」「2：外来」の番号を記入
 - (7) 国内外は、「1：国内」か「2：国外」の番号を記入
 - (8) 診療日数は、「月」単位で治療等に要した日数を記入
 - (9) 請求内容は、□に「1」を記入し、（ ）内に、自費で支払いをした理由を記入
例1：被扶養者の資格取得の手続き中
例2：旅行先で、保険証を持参していなかった
例3：紛失をして再交付申請中
 - (10) 診療費は、領収書等の医療費総額（保険適用のみ）で、保険適用外が含まれている場合は、その金額を除いて記入
 - (11) 請求額は、療養をした方の自己負担割合を乗じた額（1円未満切り捨て）を記入
例：未就学児＝8割、70歳未満＝7割、70歳以上＝7割～9割
- ・治療などを受けた医療機関などの名称と所在地を記入
 - ・発病又は負傷の原因及び経過については、質問事項の全てを記入（助成内容の有無、「有」の場合は、助成内容にチェックを忘れないでください。）また、内容により確認のご連絡をさせていただく場合がございます。
 - ・申請書の提出日、勤務箇所（任意継続の方は未記入）、被保険者の氏名（被保険者が自署の場合は、押印は不要）、押印（ご家族や事務担当の方などが氏名を記入した場合は必要）、電話番号（自宅・携帯）は、問い合わせができるように記入

記入内容 (2:はり・灸、3:あんま・マッサージ、5:柔道整復)

- (1)・(2) は、カード被保険者証の記号・番号を記入
 - (3) 施術等をされた方の氏名を記入
 - (4) 診療期間は、「月」単位で施術等をされた最初の日から最終日を記入
 - (5) 診療区分は、「1:医科」を記入
 - (6) 入院・外来は、「2:外来」を記入
 - (7) 国内外は、「1:国内」の番号を記入 ※国外は対象外
 - (8) 診療日数は、「月」単位で治療等に要した日数を記入
 - (9) 請求内容は、にはり・灸の場合は「2」、あんま・マッサージの場合は「3」、柔道整復の場合は「5」を記入
 - (10) 診療費は、領収書等の医療費総額（保険適用のみ）で、保険適用外が含まれている場合は、その金額を除いて記入
 - (11) 請求額は、療養をした方の自己負担割合を乗じた額（1円未満切り捨て）を記入
例：未就学児＝8割、70歳未満＝7割、70歳以上＝7割～9割
- ・ 施術などを受けた治療院などの名称と所在地を記入
 - ・ 発病又は負傷の原因及び経過については、質問事項の全てを記入（助成内容の有無、「有」の場合は、助成内容にチェックを忘れないでください。）また、内容により確認のご連絡をさせていただく場合がございます。
 - ・ 申請書の提出日、勤務箇所（任意継続の方は未記入）、被保険者の氏名（被保険者が自署の場合は、押印は不要）、押印（ご家族や事務担当の方などが氏名を記入した場合は必要）、電話番号（自宅・携帯）は、問い合わせができるように記入

記入内容 (4: 治療用装具)

- (1)・(2) は、カード被保険者証の記号・番号を記入
 - (3) 治療等をされた方の氏名を記入
 - (4) 診療期間は、採寸・採型または証明日を記入
例：証明日 令和元年7月1日の場合 → 「9:010701 から 9:010701」
 - (5) 診療区分は、「1: 医科」を記入
 - (6) 入院・外来は、入院であっても「2: 外来」の番号を記入
 - (7) 国内外は、「1: 国内」を記入 ※国外は対象外
 - (8) 診療日数は、「治療用装具の証明等は1日のみなので「01」を記入
 - (9) 請求内容は、□に「4」を記入
 - (10) 診療費は、領収書等の医療費総額（保険適用のみ）で、保険適用外が含まれている場合は、その金額を除いて記入
但し、9歳未満の小児の弱視、斜視等の治療用眼鏡、コンタクトレンズの上限は「眼鏡：38,461円」「コンタクトレンズ（1枚あたり）16,139円」になります。
 - (11) 請求額は、療養をした方の自己負担割合を乗じた額（1円未満切り捨て）を記入
例：未就学児＝8割、70歳未満＝7割、70歳以上＝7割～9割
- ・治療および作成指示などを受けた医療機関などの名称と所在地を記入
 - ・発病又は負傷の原因及び経過については、質問事項の全てを記入（助成内容の有無、「有」の場合は、助成内容にチェックを忘れないでください。）また、内容により確認のご連絡をさせていただく場合がございます。
 - ・申請書の提出日、勤務箇所（任意継続の方は未記入）、被保険者の氏名（被保険者が自署の場合は、押印は不要）、押印（ご家族や事務担当の方などが氏名を記入した場合は必要）、電話番号（自宅・携帯）は、問い合わせができるように記入

記入内容 (6: 血液購入) ※別途、お問い合わせください

記入内容（7：国保等資格喪失後受診分）

- (1)・(2) は、カード被保険者証の記号・番号を記入
- (3) 治療等をされた方の氏名を記入
- (4) 診療期間は、「月」単位で治療等を行った最初の日から最終日を記入
- (5) 診療区分は、「1：医科」は薬局での薬代を含みますが、「2：歯科」も薬局での薬代があれば含まれます。
- (6) 入院・外来は、別々での申請で、「1：入院」「2：外来」の番号を記入
- (7) 国内外は、「1：国内」か「2：国外」の番号を記入
- (8) 診療日数は、「月」単位で治療等に要した日数を記入
- (9) 請求内容は、□に「7」を記入
- (10) 診療費は、**診療報酬明細書（レセプト）および調剤報酬明細書（レセプト）の点数に10円をかけた金額を記入**
- (11) 請求額は、**診療費の金額から療養をした方の自己負担割合を乗じた額（1円未満切り捨て）を記入**

例：未就学児＝8割、70歳未満＝7割、70歳以上＝7割～9割

- ・治療などを受けた医療機関などの名称と所在地を記入
- ・発病又は負傷の原因及び経過については、質問事項の全てを記入（助成内容の有無、「有」の場合は、助成内容にチェックを忘れないでください。）また、内容により確認のご連絡をさせていただく場合がございます。
- ・申請書の提出日、勤務箇所（任意継続の方は未記入）、被保険者の氏名（被保険者が自署の場合は、押印は不要）、押印（ご家族や事務担当の方などが氏名を記入した場合は必要）、電話番号（自宅・携帯）は、問い合わせができるように記入
- ・国保へ返納された「納入通知書兼領収書（本通）」を添付していただき、複数になる場合は、それぞれに写しを添付してください。

1 0:療 養 費 支給申請書
1:家 族 療 養 費

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。

注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。

注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

注4 □欄のある箇所では、該当する答えにチェックマークをしてください。

＜添付書類＞ 請求内容が治療用装具購入のとき..領収書と医師の証明書

自費診療又は国保等資格喪失後受診分のとき..領収書と診療報酬明細書(又はJR健保指定の診療明細書 様式36号)

(1)被保険者証の記号		(2)被保険者証の番号		(3)療養者氏名	
0000		00000000		健保 一郎	
(4)診療期間					
9	000000			から	9 000000
7:平成 9:令和	年 月 日				7:平成 9:令和 年 月 日
(5)診療区分		(6)入院・外来		(7)国内外	
1 1:医科(薬局を含む) 2:歯科		2 1:入院 2:外来		1 1:国内 2:海外	
				(8)診療日数	
				00 日	
(9)請求内容				(10)診療費	
1:自費診療 自費診療となった理由 (扶養認定申請中であったため)				0000 円	
1 2:はり・灸 3:あんま・マッサージ 4:治療用装具購入 5:柔道整復 6:血液購入 7:国保等資格喪失後受診分				(11)請求額	
				0000 円	

治療を受けた	名称	〇〇総合病院			
医療機関など	所在地	〇〇県〇〇市〇〇区〇〇〇〇			
発病又は負傷の原因 及び経過	いつ	令和元年 〇〇月〇〇 日	どこで	自宅	
	どのように	突然高熱が出た			
	①勤務時間中ですか □はい ②通勤途上ですか □はい ③第三者加害ですか □はい (交通事故等) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				
市区町村等からの 医療費助成の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	助成内容: <input checked="" type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> その他()			

上記のとおり、事業主を経由して申請いたします。

令和元年 〇〇月〇 日

ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿

勤務箇所 〇 〇 駅

氏 名 健保 太郎

印 印 *

* 被保険者等が自ら記入する場合は押印は省略可

電話(自宅・携帯)

000 - 0000 - 0000

事業所使用欄	箇所長	電話	000 - 0000	健保担当課	事業主整理番号	0000
--------	-----	----	------------	-------	---------	------

備考 事業主を経由せず直接、健康保険組合に申請する場合は「上記のとおり、事業主を経由して申請いたします。」のように、「事業主を経由して」の部分有二重線で抹線して提出してください。