４－１ マイナ保険証等を持たずに受診したとき 治療用装具を装着したとき 「はり・きゅう、あんま・マッサージ」の施術を受けたとき

被保険者…『療養費』　被扶養者…『家族療養費』

(1)療養費・家族療養費

○病気やけがをしたときは、保険医療機関の窓口にマイナ保険証または資格確認書を提示して療養の給付を受けることを原則としています。しかしマイナ保険証の登録、資格確認書の交付がされる前に受診したときや、外出先での急病でマイナ保険証や資格確認書を持たずに受診したとき等、療養の給付を受けることが困難であったと当組合が認めたときは、「療養費（被扶養者の場合は「家族療養費」）」が支給されます。

○医師の指示により、コルセットなどの治療用装具を購入（装着）した場合（治療用装具代を全額負担したとき）や、医師の同意により、はり・きゅう、あんま・マッサージの施術を受けたときも「療養費」の対象となります。

(2)海外療養費

○海外の医療機関ではマイナ保険証や資格確認書が使用できません。海外旅行中や海外赴任中に急な病気やけがなどによりやむを得ず現地の医療機関で診察等を受けた場合は、現地で医療費を全額支払い、後から当組合へ「海外療養費」を請求してください。

(3)支給額

○「療養費一覧表」のとおり （4-1-2 参照）

(4)提出書類

○「被保険者・家族療養費請求書」（4-1-3 参照）
○（海外療養費の場合）「被保険者・家族海外療養費請求書」（4-1-6 参照）

(5)添付書類

○「療養費一覧表」のとおり （4-1-2 参照）

(6)時効

○療養に要した費用を支払った日の翌日から２年

※負傷(けが)の場合は、「負傷届」（6-3-4 参照）を添付してください。

療養費一覧表

支給対象事由	支 給 要 件	支 給 額	添付書類（いずれも原本）
自費で治療を受けたとき	やむを得ない理由があるとき ○マイナ保険証が交付される前 ○資格確認書が交付される前 ○氏名変更等の手続き中 ○外出先での急病	かかった費用のうち保険診療に準じた額	○診療（調剤）報酬明細書 ○領収書 ※診療（調剤）報酬明細書とは、傷病名など詳細な内容が記載された明細書です。「診療内容明細書」や「診療費用内訳書」とは異なりますので、ご注意ください。
以前の健康保険を使用したとき	当組合への加入期間中に前の健康保険を使用し、以前の健康保険へ保険給付費を返還したとき	基準額	○診療（調剤）報酬明細書 ○領収書 ※以前の健康保険より発行されたもの
コルセット等の治療用装具を購入（装着）したとき	治療上必要があると医師が認めたとき	基準額 （更新期間の定め有り）	○医師の意見書および装具装着証明書 ○領収書
小児弱視等の治療で眼鏡やコンタクトレンズを購入したとき	9 歳未満の小児で、小児の弱視、斜視、先天性白内障術後など、治療のために必要と医師が認めたとき	基準額 （上限有り） （更新期間の定め有り）	○治療用眼鏡等作成指示書 ○領収書
弾性着衣等を購入したとき	四肢のリンパ浮腫治療のために必要と医師が認めたとき	基準額 （上限有り） （更新期間の定め有り）	○弾性着衣等装着指示書 ○領収書
はり・きゅう、あんま・マッサージの施術を受けたとき	保険医が同意したとき	基準額	○保険医の同意書 ○施術内容明細書 ○領収書 ○往療内訳表（必要に応じて）
未熟児の養育医療を受けて負担額が発生したとき	保健所等へ負担金が発生したとき	1 ヵ月につき 25,000 円を超えた額（100 円未満切り捨て）	○領収書
生血液の輸血をしたとき	輸血を必要として生血を購入したとき ※生血提供者が親族の場合は支給されません ※保存血を使用した場合は、保険診療の対象となるため、療養費を請求する必要はありません。	基準額	○輸血証明書 ○領収書
海外で病気やけがをしたとき	海外の医療機関で受診したとき ※治療目的で海外へ渡航した場合、日本で実施できない診療（治療）を行った場合は支給されません。	かかった費用のうち、国内の保険診療に準じた額	○診療内容明細書 ○領収明細書 ※翻訳したもの ○パスポート・航空券等、海外に渡航した事実が確認できる書類の写し ○領収書

被保険者･家族療養費請求書［立替払］

どちらかを選択

☐ 被保険者
☑ 家族　　療養費請求書

西武健康保険組合理事長　殿　　No.

被保険者記入欄	被保険者等	記号	100	番号	12345
	被保険者の	会社名	○○○○株式会社	所属	○○部
		氏名	西武　太郎		
		住所	（〒○○○－○○○○） ○○県○○市○○町○○番地○○ （TEL　○○－○○○○－○○○○）		
		生年月日	昭和・平成・令和　58 年 10 月 3 日	資格取得日	昭和・平成・令和　2 年 4 月 1 日
	療養が被扶養者に関するときはその方の	氏名	西武　康平	続柄	長男
		生年月日	昭和・平成・令和　3 年 7 月 21 日	被扶養者認定日	昭和・平成・令和　3 年 7 月 21 日

傷病名	感染性胃腸炎	
発病又は負傷の原因及びその経過	ノロウイルスによる発熱・嘔吐・下痢	
第三者の行為によるものですか	いいえ　・　はい	
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局、施術所等	名称	○○○○病院
	所在地	○○県○○市○○町○○番地○○
	医師・薬剤師・施術者の氏名	○○　○○
療養の期間	令和 3 年 7 月 25 日 ～令和 3 年 7 月 25 日　1 日間	
上記期間中の入院期間	令和　年　月　日 ～令和　年　月　日　日間	
療養の内容	診察、薬の処方	
療養の給付を受けることができなかった理由	☐ マイナ保険証の登録、資格確認書の交付がされる前に受診したため ☐ 被保険者証不携帯のため（理由：　） ☐ 以前の被保険者証で受診したため ☑ 被保険者証不携帯のため（理由：旅行中の急病） ☐ 受領委任払いを行っていないため（はり・きゅう、あんま・マッサージ） ☐ その他（　）	

振込金融機関	銀行名	支店名	口座種目	口座番号（右詰めで記入）	口座名義（カタカナ）
	○○○ 銀行・信用金庫・信用組合・農協	○○○○ 本店・支店・出張所	1 普通　2 当座	○○○○○○○	セイブ　タロウ
	ゆうちょ銀行	通帳記号 1 0	通帳番号 1		口座名義（カタカナ）

【添付書類】申請内容により異なります。次のページをご参照ください。

押印欄								
事業所	印	印	印	所属	印	印	印

健康保険支給決議書

健保記入欄						
款	保険給付費	項	法定給付費	目	療養費 第二家族療養費	
受付年月日	支給決定額					円
	付加給付金					円
	備考	治療用装具　立替　生血 はり・きゅう　あんま・マッサージ　その他				
	支給日　令和　年　月　日	常務理事	事務長	会計		給付

K16-202504

被保険者･家族療養費請求書［補装具］

どちらかを選択 □ 被保険者 ☑ 家族 療養費請求書

西武健康保険組合理事長 殿　　No.

被保険者等	記号	100	番号	12345	
被保険者の	会社名	○○○○株式会社	所属	○○部	
	氏名	西武　太郎			
	住所	（〒○○○－○○○○）○○県○○市○○町○○番地○○（TEL ○○－○○○○－○○○○）			
	生年月日	昭和(平成)・令和 58 年 10 月 3 日	資格取得日	昭和・平成(令和) 2 年 4 月 1 日	
療養が被扶養者に関するときはその方の	氏名		続柄		
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	被扶養者認定日	昭和・平成・令和 年 月 日	

被保険者記入欄

傷病名	腰椎椎間板ヘルニア
発病又は負傷の原因及びその経過	持病の腰痛が悪化し、下肢に激痛やしびれが生じた
第三者の行為によるものですか	いいえ(はい)
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局、施術所等	名称：○○○○病院
	所在地：○○県○○市○○町○○番地○○
	医師・薬剤師・施術者の氏名：○○　○○
療養の期間（装具装着日）	令和 3 年 7 月 25 日 ～令和 3 年 7 月 25 日 1 日間
上記期間中の入院期間	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日 日間
療養の内容	装具の装着
療養の給付を受けることができなかった理由	□ マイナ保険証の登録、資格確認書の交付がされる前に受診したため □ 被保険者証不携帯のため（理由：　） □ 以前の被保険者証で受診したため ☑ 治療用装具製作所が保険契約なきため □ 受領委任払いを行っていないため（はり･きゅう、あんま･マッサージ） □ その他（　）

振込金融機関	銀行名	支店名	口座種目	口座番号（右詰めで記入）	口座名義（カタカナ）
	○○○ 銀行(信用金庫・信用組合・農協)	○○○○ 本店(支店・出張所)	1 普通(2 当座)	○○○○○○○	セイブ　タロウ
	ゆうちょ銀行	通帳記号 1 0	通帳番号 1		口座名義（カタカナ）

【添付書類】申請内容により異なります。次のページをご参照ください。

押印欄								
事業所	印	印	印	所属	印	印	印

健康保険支給決議書

健保記入欄						
款	保険給付費	項	法定給付費	目	療養費 第二家族療養費	
受付年月日	支給決定額					円
	付加給付金					円
	備考	治療用装具　立替　生血　はり･きゅう　あんま･マッサージ　その他				
	支給日　令和　年　月　日	常務理事	事務長	会計		給付

K16-202504

被保険者・家族療養費請求書［はり・きゅう］

どちらかを選択 ☑被保険者 □家族 療養費請求書

西武健康保険組合理事長 殿　　No.

被保険者等	記号	100	番号	12345	
被保険者の	会社名	○○○○株式会社	所属	○○部	
	氏名	西武　太郎			
	住所	（〒○○○－○○○○）○○県○○市○○町○○番地○○（TEL ○○－○○○○－○○○○）			
	生年月日	昭和・平成・令和 58 年 10 月 3 日	資格取得日	昭和・平成・令和 2 年 4 月 1 日	
療養が被扶養者に関するときはその方の	氏名		続柄		
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	被扶養者認定日	昭和・平成・令和 年 月 日	

被保険者記入欄

傷病名	腰痛症
発病又は負傷の原因及びその経過	原因は不明だが、整形外科にて治療するも痛みが改善せず、医師に鍼灸の施術を受けるよう指示された
第三者の行為によるものですか	いいえ ・ はい
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局、施術所等	名称：○○○○病院
	所在地：○○県○○市○○町○○番地○○
	医師・薬剤師・施術者の氏名：○○　○○
療養の期間	令和 3 年 7 月 25 日 ～令和 3年 7 月 25 日 1 日間
上記期間中の入院期間	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日 日間
療養の内容	はり・きゅう併用（電気針使用）
療養の給付を受けることができなかった理由	□ マイナ保険証の登録、資格確認書の交付がされる前に受診したため □ 被保険者証不携帯のため（理由：　） □ 以前の被保険者証で受診したため □ 治療用装具製作所が保険契約なきため ☑ 受領委任払いを行っていないため（はり・きゅう、あんま・マッサージ） □ その他（　）

振込金融機関	銀行名	支店名	口座種目	口座番号（右詰めで記入）	口座名義（カタカナ）
	○○○ 銀行・信用金庫・信用組合・農協	○○○○ 本店・支店・出張所	1 普通 / 2 当座	○○○○○○○	セイブ　タロウ
	ゆうちょ銀行	通帳記号：1 0	通帳番号：1		口座名義（カタカナ）

【添付書類】申請内容により異なります。次のページをご参照ください。

押印欄	事業所	印 印 印	所属	印 印 印

健康保険支給決議書

健保記入欄						
款	保険給付費	項	法定給付費	目	療養費 第二家族療養費	
受付年月日	支給決定額					円
	付加給付金					円
	備考	治療用装具　立替　生血 はり・きゅう　あんま・マッサージ　その他				
	支給日　令和　年　月　日	常務理事	事務長	会計		給付

K16-202504

4－1　マイナ保険証等を持たずに受診したとき/治療用装具を装着したとき/「はり・きゅう、あんま・マッサージ」の施術を受けたとき

被保険者･家族 海外療養費請求書

どちらかを選択

☐ 被保険者
☑ 家　　族　　海外療養費請求書

西武健康保険組合理事長 殿　　No.

被保険者記入欄	被保険者等	記号	100	番号	12345
	被保険者の	会社名	○○○○株式会社	所属	○○部
		氏名	西武　太郎		
		住所	（〒○○○－○○○○） ○○県○○市○○町○○番地○○ （TEL ○○－○○○○－○○○○）		
		生年月日	昭和・平成・令和 42 年 10 月 3 日	資格取得日	昭和・平成・令和 2 年 4 月 1 日
	療養が被扶養者に関するときはその方の	氏名	西武　康平	続柄	長男
		生年月日	昭和・平成・令和 12 年 7 月 21 日	被扶養者認定日	昭和・平成・令和 12 年 7 月 21 日

傷病名	急性気管支炎	
発病又は負傷の原因及びその経過	発熱･嘔吐･下痢	
第三者の行為によるものですか	いいえ ・ はい	
診療･手当を受けた病院･診療所等	名称	○○○○○○○○
	所在地	○○○○○○○○○○○○○○○
	医師の氏名	○○　○○
療養の期間	令和 3 年 7 月 25 日 ～令和 3 年 7 月 25 日　1 日間	
上記期間中の入院期間	令和　年　月　日 ～令和　年　月　日　日間	
療養の内容	診察、薬の処方	
海外へ渡航した理由	旅行	

振込金融機関	銀行名	支店名	口座種目	口座番号(右詰めで記入)	口座名義(カタカナ)
	○○○ 銀行・信用金庫・信用組合・農協	○○○○ 本店・支店・出張所	1 普通・2 当座	○○○○○○○	セイブ　タロウ
	ゆうちょ銀行	通帳記号 1 0	通帳番号 1		口座名義(カタカナ)

同意欄：当請求内容について、当組合が療養を受けた海外の医療機関等に、文書等により照会することに同意します。

療養を受けた方の氏名　西武　康平

【添付書類】①『診療内容明細書』・『領収明細書』（歯科の場合は『歯科診療内容明細書』）　※翻訳したもの
②パスポート（本人確認及び渡航期間の確認ができるページ）・航空券等、海外に渡航した事実が確認できる書類
③現地で支払った際の領収書

押印欄	事業所	印　印　印	所属	印　印　印

健康保険支給決議書

健保記入欄	款	保険給付費	項	法定給付費	目	療養費 第二家族療養費
	受付年月日	支給決定額				円
		付加給付金				円
		備考				
		支給日　令和　年　月　日	常務理事	事務長	会計	給付

K27-202504