

療養費の支給申請について

療養費の支給要件に該当する場合は、一旦全額自己負担していただきますが、申請して審査で認められれば、自己負担分を除いた額が後から支給されます。申請の際は、下記の必要書類を医師国保までご提出ください。

| 1. 医療費の全額を支払った場合等 | 2. 治療用装具、治療用眼鏡等を作成したとき |
|---|--|
| <p>資格取得手続き前に医療機関・調剤薬局にかかり、全額を支払ったとき</p> <p><必要書類></p> <ol style="list-style-type: none"> ① 療養費支給申請書 ② 診療報酬明細書(レセプト)のコピー ③ 領収書の原本 <p>『診療報酬明細書(レセプト)のコピー』は、受診した医療機関等の窓口に「保険組合に療養費の申請をするために必要である」旨を申し出て発行を依頼してください。</p> <p>市町村国保など他の保険者の資格を使用したため医療費の返還をしたとき</p> <p><必要書類></p> <ol style="list-style-type: none"> ① 療養費支給申請書 ② 保険者から発行されたレセプトのコピー(封書の場合は開封せずにそのまま提出してください) ③ 領収書(保険者に支払った金額がわかるもの) | <p>医師の指示のもとに治療用装具(コルセット等)を作成したとき</p> <p><必要書類></p> <ol style="list-style-type: none"> ① 療養費支給申請書 ② 医師が治療上で装具を必要と認めた診断書又は指示書(原本) ③ 領収書の原本(装具の明細が記載されているもの) <p>小児弱視等の治療用眼鏡・コンタクトレンズを作成したとき(対象年齢：9歳未満)</p> <p><必要書類></p> <ol style="list-style-type: none"> ① 療養費支給申請書 ② 医師による診断書又は眼鏡等の作成指示書のコピー(度数・検査結果等が記載されたもの) ③ 領収書の原本 |
| 3. 海外療養費 | 4. はり・きゅう又はあんまマッサージを受けた |
| <p>※治療を目的に渡航された場合や日本国内で保険適用となっていない医療行為は対象外になります。</p> <p><必要書類></p> <ol style="list-style-type: none"> ① 療養費支給申請書 ② 調査に関わる同意書 ③ 診療を受けた方のパスポートのコピー(本人確認及び渡航期間が確認できる箇所) ④ 診療内容明細書(Form A) ⑤ 領収明細書(Form B) ⑥ 領収書の原本 | <p>※医師が治療上必要であると認めた場合に限り保険給付の対象となります。</p> <p><必要書類></p> <ol style="list-style-type: none"> ① 療養費支給申請書 ② 施術内容証明書(施術した内容を証明できる書類) ③ 領収書の原本 ④ 医師の同意書又は診断書 |

【注意事項】

※ 申請後、東京都国民健康保険団体連合会に審査提出するため、支払いまでに3ヶ月程かかりますのでご了承ください。

※ 支払った日の翌日から2年を経過しますと時効により申請できなくなりますのでご注意ください。

| | | | | | |
|------------|------|------|------|----|---|
| 決 裁 | 常務理事 | 常務理事 | 事務局長 | 課長 | 係 |
| | | | | | |
| 令和 年 月 日決定 | | | | | |

様式第22号

| | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 |
|-------|---|---|---|---|---|---|

1・2・家

国民健康保険療養費支給申請書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------|-------|------|------|------|----|----|----|----------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 療養を受けた方 | 被保険者 | 記号 | 86— | 番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者の個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和 | | 年 | 月 | 日生 | | | | | | | | | | | | | |
| | 性別 | 1.男 | 2.女 | 給付割合 | 7割 | 8割 | 9割 | | | | | | | | | | | | |
| | 療養期間 | 令和 | 年 | 月 | 日 | ～ | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | |
| | 日数 | 日間 | 入院・外来 | 1.入院 | 2.外来 | | | | | | | | | | | | | | |
| 種類 | 1.一般診療(海外療養費含む)【 医科・歯科・調剤・海外 】 2.治療用具 3.柔道整復 4.あんま・マッサージ 5.はり・きゅう 6.移送費 7.その他(生血) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療を受けた医療機関等の所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療を受けた医療機関名又は施術師 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給申請をした理由 | 1.保険契約なきため(補装具の場合) 2.その他〔理由… 〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発病又は負傷の理由 | 外傷の場合は詳しく記入して下さい。 1.第三者行為外 2.第三者行為による 〔理由… 〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養に要した費用額 | | | | | | | | | | 食事日数 | | | | | | | | | |
| 審査認定額 ※1 | | | | | | | | | | 食事に要した費用 | | | | | | | | | |
| 薬剤一部負担金 | | | | | | | | | | 食事標準負担額 | | | | | | | | | |
| 一部負担金 | | | | | | | | | | 支給額 | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行 | 信用金庫 | 信用組合 | コード | 支店 | 支店 | 支店 | 支店 | 支店 | 支店 | 支店 | 支店 | 支店 | 支店 | 支店 | 支店 | 支店 | 支店 |
| | 口座種別 | 普通 | 当座 | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | |
| | 口座名義人 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 漢字 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。 令和 年 月 日 住所 〒 _____ 組合員 氏名 _____ または (委任継承者) 組合員の個人番号 _____ 電話 () _____ 東京都医師国民健康保険組合理事長 殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※裏面を参照の上、必要書類を添付して下さい。

太線内は記入しないで下さい。

添付書類

- ① 診療費の請求にかかるもの
 1. 診療報酬明細書（＝レセプト）
（海外で受診の場合は上記に準ずるもの）
 2. 領収書

- ② 補装具（コルセット等）の費用請求にかかるもの
 1. 治療上、補装具が必要である旨の証明書又は診断書
 2. 領収書
 3. 明細書

- ③ 柔道整復師の費用請求にかかるもの
 1. 施術料金領収明細書

- ④ あんま・マッサージ・はり・きゅうの費用請求にかかるもの
 1. 医師の同意書
 2. 施術料金領収明細書

- ⑤ 移送の費用請求にかかるもの
 1. 医師の同意書
 2. 移送に要した費用の領収書

- ⑥ 血液代金（生血）の請求にかかるもの
 1. 輸血用生血液受領証明書
 2. 領収書

※給付金の受領を委任する場合は、別途「委任状」の添付が必要です。

調査に関わる同意書

治療開始日 令和・西暦 _____年____月____日

患者（被保険者）氏名 _____

生年月日 昭和・平成・令和 _____年____月____日

自宅住所 _____

電話番号 _____ (_____) _____

東京都医師国民健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____と、私の組合員、_____は、東京都医師国民健康保険組合（以下、貴組合）の職員あるいは、貴組合が委託した事業者が、療養費支給申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要なため、パスポートを貴組合に提示することも併せて同意します。

署名欄

署名は治療を受けた被保険者本人が行ってください。

なお、本人が未成年の場合は親権者、本人が成年被後見人の場合は成年後見人、本人が死亡している場合は法定相続人が署名してください。

(氏名) _____

(住所) _____

(日付) 令和_____年____月____日

(患者との関係) 本人・親権者・成年後見人・法定相続人・その他 [_____]

※本同意書の有効期限は署名日から1年間です。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

1. Name of Patient (Last , First) Age (Date of Birth) Sex(Male ・ Female)
 患者名 _____ 年齢 (生年月日) _____ 性別 (男 ・ 女) _____

2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use National Health Insurance (See the other side of this form)
 傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号

3. Date of First Diagnosis : D / M / Y _____ / _____ / _____
 初診日 日 / 月 / 年

4. Duration of Treatment : _____ days
 診療日数 日

5. Type of Treatment

治療の分類

Hospitalization : From _____ / _____ / _____ , to _____ / _____ / _____ (days)
 入院 自 _____ , 至 _____ (日間)

Out patient or Home Visit : _____ / _____ / _____ , _____ / _____ / _____
 入院外 _____ / _____ / _____ , _____ / _____ / _____

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
 症状の概要

7. Prescription , Operation and Any other treatments (in brief)
 処方、手術その他の処置の概要

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury ? Yes No
 治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ

9. Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Form B
 治療実費 様式B

10. Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____
 Address 住所 : Home 自宅 _____ phone 電話 _____
 Office 病院又は診療所 _____ phone 電話 _____

Date 日付 : _____ Signature 署名 _____

 Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)
 診療録の番号 _____

翻訳（様式 A の続紙）

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

| | 翻 訳 者 の 記 入 欄 |
|-----|---------------|
| 名 前 | |
| 住 所 | |
| 電 話 | |

Itemized receipt

領収明細書

| | | | |
|------------------------------------|-----------|-------|-------|
| (1) Fee for initial office visit | 初診料 | _____ | |
| (2) Fee for follow-up office visit | 再診料 | _____ | |
| (3) Fee for home visit | 往診料 | _____ | |
| (4) Fee for hospital visit | 入院管理料 | _____ | |
| (5) Hospitalization | 入院費 | _____ | |
| (6) Consultation | 診察費 | _____ | |
| (7) Operation | 手術費 | _____ | |
| (8) X-ray examination | X線検査費 | _____ | |
| (9) Medication | 医薬費 | _____ | |
| (10) Anesthetics | 麻酔費 | _____ | |
| (11) Operating room charge | 手術室費用 | _____ | |
| (12) Others (specify) | その他(項目明記) | _____ | _____ |
| (13) Total | 合計 | _____ | _____ |
| (14) Currency unit | 通貨単位 | _____ | |

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, I-e, extra charge for a bed.

注意 : 高級室料等治療に直接関係ないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name

| | | | |
|----|--------|-------|-------|
| 名前 | : Last | First | Title |
| | 姓 | 名 | 称号 |

| | | | |
|----------------|----------------|-------|----|
| Address : Home | 自宅 | Phone | 電話 |
| 住所 | Office 病院又は診療所 | Phone | 電話 |

| | | |
|------|---|-----------|
| Date | : | Signature |
| 日付 | | 署名 |

翻訳（様式Bの続紙）

(12)その他（項目明記）

| | 翻 訳 者 の 記 入 欄 |
|-----|---------------|
| 名 前 | |
| 住 所 | |
| 電 話 | |

Table of International Classification of Diseases for the use of National Health Insurance

国民健康保険用国際疾病分類表

| | | | |
|--|---|---|---|
| Certain infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症 | | Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害 | |
| 0101 | Intestinal infectious diseases 腸管感染症 | 0301 | Anemia 貧血 |
| 0102 | Tuberculosis 結核 | 0302 | Others その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構 の傷害 |
| 0103 | Infections with a predominantly sexual mode of transmission 主として性的伝播様式をとる感染症 | Endocrine, nutritional and metabolic disorders 内分泌、栄養及び代謝疾患 | |
| 0104 | Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患 | 0401 | Disorders of thyroid gland 甲状腺障害 |
| 0105 | Viral hepatitis ウイルス肝炎 | 0402 | Diabetes mellitus 糖尿病 |
| 0106 | Other viral diseases その他のウイルス疾患 | 0403 | Others その他の内分泌、栄養及び代謝疾患 |
| 0107 | Mycoses 真菌症 | Mental and behavioural disorders 精神及び行動の障害 | |
| 0108 | Sequelae of infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症 | 0501 | Vascular dementia and unspecified dementia 血管性及び詳細不明の痴呆 |
| 0109 | Others その他の感染症及び寄生虫症 | 0502 | Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 |
| Neoplasms 新生物 | | 0503 | Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害 |
| 0201 | Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物 | 0504 | Mood [affective] disorders 気分 [感情] 障害 (躁うつ病を含む) |
| 0202 | Malignant neoplasm of colon 結腸の悪性新生物 | 0505 | Neurotic stress-related and somatoform disorders 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性 障害 |
| 0203 | Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物 | 0506 | Mental retardation 精神遅滞 |
| 0204 | Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts 肝及び肝内胆管の悪性新生物 | 0507 | Others その他の精神及び行動の障害 |
| 0205 | Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物 | Diseases of the nervous system 神経系の疾患 | |
| 0206 | Malignant neoplasm of breast 乳房の悪性新生物 | 0601 | Parkinson's disease パーキンソン病 |
| 0207 | Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物 | 0602 | Alzheimer's disease アルツハイマー病 |
| 0208 | Malignant lymphoma 悪性リンパ腫 | 0603 | Epilepsy てんかん |
| 0209 | Leukemia 白血病 | 0604 | Cerebral palsy and other paralytic syndromes 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群 |
| 0210 | Other malignant neoplasms その他の悪性新生物 | 0605 | Disorders of autonomic nervous system 自律神経系の障害 |
| 0211 | Others 良性新生物及びその他の新生物 | 0606 | Others その他の神経系の疾患 |

| | | | |
|------|--|------|--|
| 1112 | Others その他の消化器系の疾患 Diseases of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の疾患 | 1408 | Other disorders of breast and female genital organs 乳房及びその他の女性性器の疾患 Pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠、分娩及び産じょく |
| 1201 | Infections of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の感染症 | 1501 | Abortion 流産 |
| 1202 | Dermatitis and eczema 皮膚及び湿疹 | 1502 | Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠中毒症 |
| 1203 | Others その他の皮膚及び皮下組織の疾患 Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue 筋骨格系及び結合組織の疾患 | 1503 | Single spontaneous delivery* 単胎自然分娩 |
| 1301 | Inflammatory polyarthropathies 炎症性多発性関節障害 | 1504 | Others その他の妊娠、分娩及び産じょく Certain conditions originating in the perinatal period 周産期に発生した病態 |
| 1302 | Arthrosis 関節症 | 1601 | Disorders related to pregnancy and fetal growth 妊娠及び胎児発育に関連する障害 |
| 1303 | Spondylopathies 脊椎障害（脊椎症を含む） | 1602 | Others その他の周産期に発生した病態 Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities 先天奇形、変形及び染色体異常 |
| 1304 | Intervertebral disc disorders 椎間板障害 | 1701 | Congenital anomalies of heart 心臓の先天奇形 |
| 1305 | Cervicobrachial syndrome 頸腕症候群 | 1702 | Others その他の先天奇形、変形及び染色体異常 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの |
| 1306 | Low back pain and sciatica 腰痛症及び挫骨神経痛 | 1800 | Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの |
| 1307 | Other dorsopathies その他の脊柱障害 | | Injury, poisoning and certain other consequences of external causes 損傷、中毒及びその他の外因の影響 |
| 1308 | Shoulder lesions 肩の障害 | 1901 | Fracture 骨折 |
| 1309 | Disorders of bone density and structure 骨の密度及び構造の障害 | 1902 | Intracranial injury and injury to organs 頭蓋内損傷及び内臓の損傷 |
| 1310 | Others その他の筋骨格系及び結合組織の疾患 Diseases of the Genitourinary system 尿路性器系の疾患 | 1903 | Burns and corrosions 熱湯及び腐食 |
| 1401 | Glomerular diseases 糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患 | 1904 | Poisoning 中毒 |
| 1402 | Renal failure 腎不全 | 1905 | Others その他 |
| 1403 | Urolithiasis 尿路結石症 | | |
| 1404 | Other diseases of urinary system その他の尿路系の疾患 | | |
| 1405 | Hyperplasia of prostate 前立腺肥大（症） | | |
| 1406 | Other diseases of male genital organs その他の男性性器の疾患 | | |
| 1407 | Menopausal and postmenopausal disorders 月経障害及び閉経周辺期障害 | | |

Important : No.1503 with asterisk is not covered by the National Health Insurance.
1503 番 (*印) は国民健康保険は適用されません。

| | |
|--|--|
| Diseases of the eye and adnexa 眼及び付属器の疾患 | 0912 Others その他の循環器系の疾患 |
| 0701 Conjunctivitis 結膜炎 | Diseases of the respiratory system 呼吸器系の疾患 |
| 0702 Cataract 白内障 | 1001 Acute nasopharyngitis [common cold] 急性鼻咽頭炎 [かぜ] |
| 0703 Disorders of refraction and accomodation 屈折及び調節の障害 | 1002 Acute pharyngitis and tonsillitis 急性鼻咽頭炎及び急性扁桃腺 |
| 0704 Others その他の眼及び付属器の疾患 | 1003 Other acute upper respiratory infections その他の急性上気道感染症 |
| Diseases of the ear and mastoid process 耳及び乳様突起の疾患 | 1004 Pneumonia 肺炎 |
| 0801 Otitis externa 外耳炎 | 1005 Acute bronchitis and bronchiolitis 急性気管支炎及び急性細気管支炎 |
| 0802 Other disorders of extarnal ear その他の外耳疾患 | 1006 Allergic rhinitis アレルギー性鼻炎 |
| 0803 Otitis media 中耳炎 | 1007 Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎 |
| 0804 Other diseases of middle ear and mastoid その他の中耳及び乳様突起の疾患 | 1008 Bronchitis, not specified as acute or chronic 急性又は慢性と明示されない気管支炎 |
| 0805 Disorders of vestibular function メニエール病 | 1009 Chronic obstructive pulmonary diseases 慢性閉塞性肺疾患 |
| 0806 Other diseases of inner ear その他の内耳疾患 | 1010 Asthma 喘息 |
| 0807 Others その他の耳疾患 | 1011 Others その他の呼吸器系の疾患 |
| Diseases of the circulatory system 循環器系の疾患 | XI Diseases of the digestive system 消化器系の疾患 |
| 0901 Hypertensive diseases 高血圧性疾患 | 1101 Dental caries う蝕 |
| 0902 Ischaemic heart diseases 虚血性心疾患 | 1102 Gingivitis and periodontal disease 歯肉炎及び歯周疾患 |
| 0903 Other forms of heart disease その他の心疾患 | 1103 Other diseases of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持機構 |
| 0904 Subarachnoid haemorrhage くも膜下出血 | 1104 Gastric and duodental ulcer 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 |
| 0905 Intracerebral haemorrhage 脳内出血 | 1105 Gastritis and duodenitis 胃炎及び十二指腸炎 |
| 0906 Occlusion of precerebral and cerebral arteries 脳梗塞 | 1106 Alcoholic liver disease アルコール性肝疾患 |
| 0907 Cerebral atherosclerosis 脳動脈硬化 (症) | 1107 Chronic hepatitis, not elsewhere classified 慢性肝炎 (アルコール性のものを除く) |
| 0908 Other cerebrovascular diseases その他の脳血管疾患 | 1108 Liver cirrhosis 肝硬変 (アルコール性のものを除く) |
| 0909 Atherosclerosis 動脈硬化 (症) | 1109 Other diseases of liver その他の肝疾患 |
| 0910 Hemorrhoids 痔核 | 1110 Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎 |
| 0911 Hypotension 低血圧症 | 1111 Diseases of pancreas 膵疾患 |