

◎記入方法および添付書類等については、別紙の「記入上のご注意」を確認してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 記号・番号	記号	② 被 保 険 者 (申 請 者) の 氏 名 ・ 生 年 月 日		③ 昭 和 ・ 平 成 年 月 日								
		番号											
	④被 保 険 者 (申 請 者) の 住 所	(〒 -)				TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。							
	⑤事 業 所 の 名 称					TEL ()							
	⑥受 診 者 が 家 族 (被 扶 養 者) の 場 合	氏 名				生 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄					
	⑦傷 病 名 (症 状)	⑧診 療 を 受 け た 医 療 機 関 等			名 称	療 養 を 担 当 し た 医 師 氏 名							
					所 在 地								
	⑨ 仕事中、通勤途中 または第三者行為 によるものですか	☐ いいえ		☐ はい ⇒ 裏面4をご確認ください									
	⑩ 発 病 また は 負 傷 の 原 因 及 び そ の 経 過	(い つ)	平成 年 月 日			(ど こ で)	(何 を し て い て ど う な っ た か)						
	⑪ 立 替 払 い の 場 合	診 療 の 期 間 (支 給 期 間)	自		年		月		日	日 数	診療区分	入院の場合、その入院期間	
至				年		月		日	日	入院 ・ 外来	自) 令 和 年 月 日 至) 令 和 年 月 日	日間	
⑫ 治 療 用 装 具 の 場 合	装 着 日	令和 年 月 日				入院 ・ 外来		自) 令 和 年 月 日 至) 令 和 年 月 日	日間				
⑬ 診療の内容									⑮ 診療に要した 費 用 の 額	円			
⑭ 療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由	1. 資格確認書等を持っていなかったため (理由：) 2. 誤って前の資格確認書等を使用したため 3. 治療用装具を作成したため												

⑯ 振込希望口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入してください。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 注) 公金利用に回があり、かつ下記の欄に口座の記載がある場合は、記載の口座へ振込みを行います。												
	銀行・信組 支 店				預金種別	口座番号				口座名義 (カタカナで記入してください)			
	金庫・農協 出張所				☐ 普通 ☐ 当座								
〔金融機関コード 〕 (店番号)				※ローマ字登録の方はローマ字で記入してください。									

◎給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望する）場合は、下記の委任状へ記入をしてください。

⑰ 委 任 状	私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※ ☐ にチェックを入れてください。 ☐ 事業主の選定した保険給付金受領代理人 (⑯の記入は不要です。) ☐ その他の受取代理人			受 取 代 理 人 情 報	代理人 住 所	(〒 -) TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
					フリガナ	
	被保険者 (申 請 者)	住所	氏 名		代理人 氏 名	

〔備考〕

受 付 日 付 印
(健康保険組合使用欄)<問合せ・送付先>
給付課 TEL 03-5925-5303
求償課 TEL 03-5925-5326
〒169-8516 新宿区百人町2-27-6
関東 I T ソフトウェア健康保険組合

記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

記入上のご注意

- ①記号・番号は、資格確認書又は資格情報のお知らせに記載されています。
- ⑥は家族（被扶養者）の療養による申請の場合のみ記入してください。
- ⑧は診療を受けた医療機関、調剤薬局等について記入してください。
※医師氏名、薬剤師氏名が不明の場合は空欄としてください。
- ⑨が「はい」の場合で、傷病の原因が工作中または通勤途中によるもので、労災に該当するときにはご申請いただけません。
労災に該当するかは、労働基準監督署にご確認ください。第三者行為によるものであるときは、別途「第三者行為による傷病届」が必要になります。申請前に当組合求償課までご連絡ください。
- ⑭は該当する数字をマルで囲んでください。 1. に該当する場合は、理由も併せて記入してください。
- ⑯、⑰（振込希望口座等）について
 - 振込先が被保険者（申請者）の口座の場合は⑯のみ記入してください。
 - 給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、⑰の委任状が必要となります。
委任状の「事業主の選定した保険給付金受領代理人」、「その他の代理人」のいずれかにチェック☑を入れ、
【事業主の選定した保険給付金受領代理人口座へ振込を希望する場合】
 - ・被保険者の住所・氏名を記入してください。
 - ・あらかじめお届けいただいている保険給付金受領代理人口座へお振込みとなるため、⑯の記入は不要です。**【その他の受取代理人へ振込を希望する場合】**
 - ・被保険者の住所・氏名を記入してください。
 - ・受取代理人情報の代理人住所・電話番号・代理人氏名を記入してください。
 - ・⑯に受取代理人の口座を記入してください。

【添付書類】

申請事由	添付書類
やむを得ない理由により、資格確認書等を提示することができず自費で診療を受けたとき	① 診療明細書の原本、薬を処方された方は調剤明細書の原本 ※上記の添付が難しい場合は別紙「領収(診療)明細書」に医療機関等にて診療内容の証明を受けたもの ※申請内容に応じて診療報酬明細書（レセプト）の提出が必要になることがあります。 ② 領収書の原本
国民健康保険など他の保険者の資格確認書等を使用し、医療費の返還を行ったとき	① 医療費を返還した保険者（国保・健保組合等）から交付を受けた診療報酬明細書（レセプト）の写し ※封を開けずに添付してください ② 以前の保険者に医療費を返還した際の領収印が押された領収書（原本）、もしくは医療費返還先の保険者が交付した領収証明書（原本）
治療用装具（コルセット）	① 医師の意見書の原本 （「医師が治療上装具を必要と認めていること」並びに「装着日」を確認できる証明書） ② 領収書と明細書（内訳書）の原本（①の医師の指示日以降の支払日のもの） ③ 靴型装具の申請に限り、装具の現物写真
小児弱視等の治療用眼鏡等	※9歳未満の小児で、「弱視」「斜視」「先天性白内障術後の屈折矯正」のため作成した治療用眼鏡およびコンタクトレンズが対象。（※アイパッチ、フレネル膜プリズムは保険対象外。） ① 療養担当に当たる医師の治療用眼鏡等の作成指示等の写し（弱視等のための治療用眼鏡を作成指示されたことが確認できる内容のもの） ② 患者の検査結果の写し（①に検査結果の記載がある場合は不要） ③ 領収書の原本（フレーム、レンズ等それぞれの価格の内訳、対象児の名前が記入されており、①の医師の指示日以降の支払日のもの）
四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等	※鼠径部、骨盤部もしくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍の術後に発生する四肢リンパ浮腫または原発性の四肢リンパ浮腫、慢性静脈不全による難治性潰瘍の治療に使用されるものが対象。 ① 療養担当に当たる医師の弾性着衣等の装着指示書の原本（装着部位、手術年月日、処置年月日、着圧指示等が記入されているもの） ※「着圧指示」が30mmHg未満の場合は、装着が必要な理由が「特記事項」欄に記載されていること。 ※「弾性包帯」の場合は包帯の装着を指示する理由が「特記事項」欄に記載されていること。 ② 領収書と明細書（内訳書）の原本（①の医師の指示日以降の支払日のもの）
生血	① 輸血証明書の原本 ② 領収書の原本

※健康保険の給付を受ける権利は2年間で消滅します。療養費の時効の起算日については「療養に要した費用を医療機関等に支払った日の翌日(当該療養を受けた日の翌日)」となります。ただし、治療用装具・治療用眼鏡・弾性着衣等については購入費用を支払った日の翌日が生血については生血代を支払った日の翌日が起算日となります。

※領収書等の原本は原則お返しできませんので、各自でコピーをおとりください。