

【療養費について】

①申請する際は、申請理由によって添付書類が異なりますので下の「添付書類」を確認してください。

療養費を申請する理由	添付書類
① 被保険者等の交付を受ける前、また旅行先等で自費で診療を受けた。	病院等で支払った領収書原本 診療報酬明細書/調剤明細書(病院等に依頼しないともらえません)
② 7&i健保加入前の被保険者等を使って診療を受けた。	以前の保険(国保等)に返金した領収書の原本 以前の保険(国保等)から取り寄せた診療報酬明細書
③ 治療用装具・眼鏡、弾性着衣等を医師の指示で購入した。	医師の指示書又は意見書原本 靴型の治療用装具の場合は装具の写真を別紙「靴型治療用装具写真貼付台紙」に添付して下さい。 購入した領収書の原本(内訳が別紙である場合は別紙も添付) ★ 小児弱視等治療用眼鏡を更新する場合の注意点 ★ ・5歳未満…更新前の装着期間が1年以上ある場合請求可 ・5歳以上…更新前の装着期間が2年以上ある場合請求可
④ あんま、マッサージ、鍼灸の施術費用を支払ったので償還請求したい。	医師の同意書原本 施術証明書、施術費用の領収書原本
⑤ 輸血のため生血代を支払った。	医師の証明書原本 血液代金の領収書原本
⑥ 臓器・骨髄等の移植を受ける際、臓器等の運搬費用を支払った。	医師の証明書原本 血液代金の領収書原本
⑦ 出張、旅行中等やむをえず海外で治療を受け、治療費を支払った。	海外専用の「診療内容明細書」様式A「領収明細書」様式B 同意書、パスポートの出国、入国本人確認が取れる面の㊦
⑧ その他、やむをえない理由があると健保組合で認めたとき。	健康保険組合に確認ください。

②療養費の請求期間【時効】は当該療養を受けた日の翌日から2年です。

③業務上・通勤途上の事故・災害により病気やケガをしたときは請求できません。【労災保険該当のため】

④申請は、保険医療機関(病院・薬局は別)ごと、診療月ごと人ごとに申請書を記入して下さい。

記入見本

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書 (記入日)令和 6 年 4 月 1 日

被保険者等 (記号) 37	被保険者等 (番号) 999999	所属名(店部名) 健康保険組合	会社名 セブン&アイ・ホールディングス	被保険者(申請者)の氏名・フリガナ (フリガナ) ケンボ タロウ (氏名) 健保 太郎
被保険者(申請者)の住所・電話番号 〒 102 - 8452 東京都千代田区二番町8-8			被保険者の生年月日 (日中連絡の取れる氏) 昭和・平成・令和 57 年 2 月 9 日 ☎ 03-1234-5678	
本人記入欄				
請求する対象者が被保険者(申請者)と異なる場合は、対象者の氏名・生年月日・続柄 ※被保険者と同じの場合は記入不要				
(氏名) 健保 花子		(生年月日) 昭和・平成・令和 元年 5 月 25 日	(続柄) 三女	
疾病名	弱視 外斜視		発病又は負傷年月日	平成 4 年 5 月 10 日
3歳時検診の際に医師より診断を受けた				
負傷の原因	<input type="checkbox"/> (加害者がいる) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 「第三者行為による傷病」を負傷したとき <input type="checkbox"/> 業務中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 業務外 <input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> 通勤途中だが長時間買物等した帰り <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 業務外 <input type="checkbox"/> その他( )	
診療を受けた医療機関 (名称)	nanaco眼科		診療内容	視力検査
診療を受けた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		診療に要した費用の総額	金 円
装具の場合装着指示日	令和 6 年 3 月 25 日 (医師の証明書より転記してください)		装具の場合領収金額	金 50,000 円
保険証で治療を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 被保険者等の交付を受ける前、また旅行先等で自費で診療を受けたため <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具・眼鏡・弾性着衣等を医師の指示で購入したため <input type="checkbox"/> 他の被保険者等を使って診療を受けたため <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 医師の同意のうえあんま・マッサージ・鍼灸の施術を受け費用を償還請求するため			
照会・委任・振込み口座に関する同意欄	<input checked="" type="checkbox"/> 私は、療養費申請書の提出を事業主へ委任することを承諾します。また、療養費請求に関する調査のためセブン&アイ・ホールディングス健康保険組合が医療機関等に対し照会を行い、回答・提供を受けることに同意します。 <input checked="" type="checkbox"/> 他の給付金同様、療養費の振込口座は給与口座を希望します。 ※会社から給与口座情報を提供いただきますので振込までの時間が短縮できます。			
治療用装具を必要とする医師の意見書記入欄 ※医師の指示書・診断書を別紙でもらっている場合は下の証明は不要です。				
患者氏名	健保 花子		生年月日	昭和・平成・令和 元年 5 月 25 日
疾病名	弱視 外斜視		症状等	強い遠視・乱視があり網膜にピントが合わない
装具名称	治療用眼鏡	オーダーメイド / 既製品 新規 / 修理	義肢装具士氏名	(指示内容) 制作 / 購入 / 修理
上記治療用装具等の装着が必要と認められた日	令和 6 年 3 月 25 日		上記治療用装具等の装着確認日	令和 6 年 4 月 1 日
備考欄	成長に伴うサイズアウトの為、前回の購入から2年経過せずに買い替えを指示			
上記とおり相違ありません	nanaco眼科 東京都千代田区二番町777 瀬文 セツ子			
申請書に被保険者等の記号番号を記入された方は不要ですが、記号番号ではなく被保険者の個人番号を記入した方は下記に記入してください。但し個人番号を記入した場合は、下記の添付書類(①②)も必要です。 ①身元確認用・・・マイナンバーカード、運転免許証、身体障害者手帳、在留カード、パスポート等の写し ②個人番号確認用・・・マイナンバーカード、通知カード又は個人番号通知書の写し セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合 03-6238-2858 (R6.11)				

加入者本人(被保険者)情報を記入

加入者本人(被保険者)に対しての続き柄を記入

該当欄に ✓

医療費の総額を記入※装具の請求の場合記入不要

領収書の金額を記入

同意いただける場合は2箇所 ✓

上記表③の★小児弱視等治療用眼鏡の更新★に該当する場合基準未滿の買い替えが必要な場合は担当医に更新が必要な理由を明記するよう依頼 ※別紙で証明を添付する場合も同様

申請が家族の場合は記入

怪我の場合は詳しく記入 病気などで原因が特定できない場合は「不明」と記入

装具の請求の場合は記入不要

医師の証明より治療用装具の装着指示日を記入

治療用装具・眼鏡を購入した費用を申請(請求)するときは、医師に記入を依頼なお別紙医師の証明をもらってあれば記入は不要

問合せ先

セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合 〒102-8452 東京都千代田区二番町8-8

☎03-6238-2859