

《記入例》加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できず全額負担した場合

- ★診療月毎、入院・通院毎に記入して下さい。
- ★複数の医療機関受診の場合は、医療機関毎に記入して下さい。

| | | |
|--|--|---|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | ◆申請者確認欄 (任意) | <input checked="" type="checkbox"/> 記載内容については、申請者(被保険者)本人が記入・確認しました。 |
| | チェック必須 | <input checked="" type="checkbox"/> 在職中の給付金は事業主(⑤の本籍会社)経由で受領します。 |
| | 記号 記号・番号 | 999 999999 |
| | ②被保険者の 氏名 | 健保 太郎 |
| | 被保険者の記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。 | |
| | ③被保険者の住所 | 〒 111-1111 〇〇県△△市×××町 1-2 |
| | ④日中連絡の取れる電話番号等 ※お問い合わせの際に使用します※複数可 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 : 090 |
| | | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 : 999 |
| | | メールアドレス : abcdefg@▽×□.com |
| | ⑤被保険者の本籍会社名 ※任意継続被保険者、特例退職被保険者 の方は記入不要 | 〇〇××株式会社 |
| | ⑥傷病名 | 胃腸炎 |
| | ⑦発病又は 負傷の年月日 | 令和 5 年 8 月 12 日 (負傷の場合は 13 時頃) |
| | ⑧ 発病又は負傷の原因 (具体的に詳しく) | 急な腹痛と発熱があり受診 |
| | ⑨第三者の行為に | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |
| | ⑩診療を受けた 医療機関の (a) 名称 | 〇〇〇病院 |
| | ⑪診療の内容 | 診察、薬の処方 |
| ⑫診療の 期間 | 令和 5 年 4 月 3 日から 令和 5 年 4 月 3 日まで 1 日間 | |
| ⑬診療を受けた 費用の額 | 4,600 円 | |
| ⑭上の⑫の期間中、入院した期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで | |
| ⑮療養の給付を 受けられなかった理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため <input type="checkbox"/> 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため <input type="checkbox"/> その他() | |
| ⑯被扶養者に関 する申請の時 | (a) 被扶養者氏名 健保 一郎 (b) 生年月日 昭・平・令 2 年 4 月 3 日 (c) 被保険者との続柄 長男 | |

マイナンバーを記入した場合は、簡易書留・特定記録など追跡できる送付方法でご提出ください

※病院と薬局で2か所かかった場合は、申請書を分けてください。
※病院と薬局それぞれでレセプト(=診療報酬明細書)の添付が必要です。

注意事項

1. 自費診療代の申請を診療月毎に申請書調剤薬局毎に分けてご記入下さい。以下の書類を必ず添付して下さい。
 - ①『領収書』(原本)
 - ②『診療報酬明細書(レプト)』又は『調剤報酬明細書(レプト)』(原本)
※診療報酬明細書・調剤報酬明細書は、病院または薬局の窓口で依頼し、発行してもらってください。領収書と一緒に交付される『診療明細書』では手続きできません。
2. 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正のうえ目筆でサインをして下さい。
3. 提出された申請書及び添付書類については、返却・写しの送付等は致しません。(不備書類の場合を除く)

受 付 印

| | | |
|--|--|-------------------|
| 退 職 者 ・ 退 職 予 定 者 | この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は記入 | |
| | 退職している 退職の予定あり | 任意継続被保険者、特例退職被保険者 |
| | 振込先口座 ●どちらか一方を記入 | 氏名 |
| <p>在籍中の方、1か月以内に退職予定のない方は 口座等記入不要</p> | | |
| <p>□ 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。 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。</p> | | |

《記入例》誤って以前に加入していた健康保険を使用してしまった場合

- ★診療月毎、入院・通院毎に記入して下さい。
- ★複数の医療機関受診の場合は、医療機関毎に記入して下さい。

| | | | | |
|--|--|--|--------------------------------|---|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | ◆申請者確認欄 (チェック必須) | <input checked="" type="checkbox"/> 記載内容については、申請者(被保険者)本人が記入・確認しました。 <input checked="" type="checkbox"/> 在職中の給付金は事業主(⑤の本籍会社)経由で受領します。 | | |
| | 記号 番号 | 999 999999 | ②被保険者の 氏名 | 健保 太郎 |
| | 被保険者の記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。 | | | |
| | ③被保険者の住所 | 〒 111-1111 〇〇県△△市×××町 1-2- | | |
| | ④日中連絡の取れる電話番号等 ※お問い合わせの際に使用します※複数可 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 : 090 - | | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 : 999 - |
| | | メールアドレス : abcdefg@▽×□.com | | |
| | ⑤被保険者の本籍会社名 ※任意継続被保険者、特例退職被保険者の方は記入不要 | 〇〇××株式会社 | | |
| | ⑥傷病名 | 胃腸炎 | ⑦発病又は 負傷の年月日 | 令和 5 年 4 月 4 日 (負傷の場合は 時頃) |
| | ⑧発病又は負傷の原因 (具体的に詳しく) | 腹痛、発熱 | ⑨第三者の行為に | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |
| | ⑩診療を受けた 医療機関の 名称 | 〇〇〇病院 | 〇町9999 | |
| | ⑪診療の内容 | 診察、治療 | | |
| | ⑫診療の 期間 | 令和 5 年 4 月 4 日から 令和 5 年 4 月 4 日まで 1 日間 | ⑬診療に要した 費用の額 | 9,600 円 |
| | ⑭上の⑫の期間中、入院した期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで | | |
| | ⑮療養の給付を 受けられなかった理由 | <input type="checkbox"/> 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため <input checked="" type="checkbox"/> 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | ⑯被扶養者に関 する申請の時 | (a) 被扶養者氏名 健保 一郎 | (b) 生年月日 昭(平)・令 2 年 4 月 3 日 | (c) 被保険者との続柄 長男 |

マイナンバーを記入した場合は、簡易書留・特定記録など追跡できる送付方法でご提出ください

★申請書記入の際の注意
1. 診療月毎に記入
2. 病院、薬局毎に記入
3. 入院、外来別に記入

注意事項

1. 自費診療代の申請を
診療月毎に申請書を
調剤薬局毎に分けてご記
①『領収書』(原本)
②『診療報酬明細書(レセ
※診療報酬明細書・調剤
領収書と一緒に交付さ
2. 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正のうえ目筆でサインをして下さい。
3. 提出された申請書及び添付書類については返却致しません。(不備書類の場合を除く)

★必要書類を忘れずに添付してください

- ① 前健保が発行した「領収証」
- ② 前健保が発行した「診療報酬明細書」

※①、②とも原本を添付
(「診療報酬明細書」は開封厳禁の封筒のまま添付してください)

| | | |
|---|--|-------------------|
| 退 職 者 ・ 退 職 予 定 者 | この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は記入 | |
| | 退職している 退職の予定あり | 任意継続被保険者、特例退職被保険者 |
| | 振込先口座 ●どちらか一方を記入 | 氏名 |
| <p style="text-align: center; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">在籍中の方、1か月以内に退職予定のない方は 口座等記入不要</p> | | |
| <input type="checkbox"/> 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。 <small>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。</small> | | |

ソニー健康保険

チェック必須

療養費支給申請書

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | ◆申請者確認欄 (チェック必須) | | <input checked="" type="checkbox"/> 記載内容については、申請者(被保険者)本人が記入・確認しました。 | |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> 在職中の給付金は事業主(⑤の本籍会社)経由で受領します。 | |
| | ①被保険者の記号・番号 | 記号 999 番号 999999 | ②被保険者の氏名 | 健保 太郎 |
| | 被保険者の記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。 | | | |
| | ③被保険者の住所 | 〒 111-1111 〇〇県△△市×××町 1-2- | | マイナンバーを記入した場合は、簡易書留・特定記録など追跡できる送付方法でご提出ください |
| | ④日中連絡の取れる電話番号等 ※お問い合わせの際に使用します※複数可 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 : 090 - <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 : 999 - | | |
| | | メールアドレス : abcdefg@▽×□.com | | |
| | ⑤被保険者の本籍会社名 <small>※任意継続被保険者、特例退職被保険者の方は記入不要</small> | ※出向中の方は出向元会社名(給与の支払いを受けている会社) 〇〇××株式会社 | | |
| | ⑥傷病名 | 両弱視 | ⑦発病又は負傷の年月日 令和 2 年 4 月 20 日 (負傷の場合は 時 分) | |
| | ⑧発病又は負傷の原因 (具体的に詳しく) | 先天性(生まれつき) | ⑨第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | |
| | ⑩診療を受けた医療機関の名称 | (a) 〇〇眼科医院 | 治療用眼鏡には上限金額が定められています ★上限金額 … 38,902円(令和6年3月31日まで) 40,492円(令和6年4月1日～) 上限金額を超えている場合は、上限金額で計算します | |
| | ⑪診療の内容 | 診察、治療用眼鏡の処方 | | |
| | ⑫診療の期間 | 令和 5 年 4 月 3 日から 治療中 令和 年 月 日まで 日間 | ⑬診療に要した費用の額 | 19,600 円 |
| | ⑭上の⑫の期間中、入院した期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | | |
| | ⑮療養の給付を受けられなかった理由 | <input type="checkbox"/> 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため <input type="checkbox"/> 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため <input checked="" type="checkbox"/> その他(メガネ購入店が保険契約無いため) | | |
| | ⑯被扶養者に関する申請の時 | (a) 被扶養者氏名 健保 一郎 | (b) 生年月日 昭 平 ・令 2 年 4 月 20 日 | (c) 被保険者との続柄 長男 |

注意事項

1. 自費診療代の申請を
診療月毎に申請書をご提出し、調剤薬局毎に分けてご送付ください。
①『領収書』(原本)
②『診療報酬明細書』(レセプト)
※診療報酬明細書・調剤報酬明細書は、病院または薬局の窓口で依頼し、発行してもらってください。
領収書と一緒に交付される『診療明細書』では手続きできません。
2. 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正のうえ自筆でサインをして下さい。
3. 提出された申請書及び添付書類については返却致しません。(不備書類の場合を除く)

★必要書類を忘れずに添付してください

① 弱視等治療用眼鏡作成指示書(医師の証明)(*コピーも可)
② 領収証(原本)

| | | | |
|---|--|-------------------------------------|-------------------|
| 退職者・退職予定者 | この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は記入 | | |
| | 退職している 退職の予定あり | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (退職(予定)) | 任意継続被保険者、特例退職被保険者 |
| | 振込先口座 ●どちらか一方を記入 | 在籍中の方、1か月以内に退職予定のない方は口座等記入不要 | |
| <input type="checkbox"/> 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。 <small>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。</small> | | | |

《記入例》四肢リンパ浮腫等の治療のための弾性着衣を購入した場合

ソニー健康保険組合 理事 長 殿

健康保険 被保険者
家族

療 養 費 支 給 申 請 書

| | | | | | |
|--|---|---|--|--------------------------------|---|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | ◆申請者確認欄 (チェック必須) | | <input checked="" type="checkbox"/> 記載内容については、申請者(被保険者)本人が記入・確認しました。 | | |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> 在職中の給付金は事業主(⑤の本籍会社)経由で受領します。 | | |
| | ①被保険者の 記号・番号 | 記号 番号 | 999 999999 | ②被保険者の 氏名 | 健保 太郎 |
| | 被保険者の記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。 | | | | |
| | ③被保険者の住所 ※支給決定通知書等の書類送付先と なります | 〒 111-1111 〇〇県△△市×××町 1-2- | | | |
| | ④日中連絡の取れる電話番号等 ※お問い合わせの際に使用します※複数可 | □自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 □勤務先 : | | 090 - | |
| | | □自宅 □携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 : | | 999 - | |
| | | メールアドレス : abcdefg@▽×□.com | | | |
| | ⑤被保険者の本籍会社名 ※任意継続被保険者、特例退職被保険者 の方は記入不要 | ※出向中の方は出向元会社名(給与の支払いを受けている会社) 〇〇××株式会社 | | | |
| | ⑥傷病名 | 子宮がん | ⑦発病又は 負傷の年月日 | 令和 3 年 5 月 25 日 (負傷の場合は 時頃) | |
| | ⑧発病又は負傷の原因 (具体的に詳しく) | 子宮がん術後のリンパ浮腫 | | ⑨第三者の行為に よるものですか | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |
| | ⑩診療を受けた 医療機関の 名称 | 〇〇〇病院 | | | |
| | ⑪診療の内容 | 診察、弾性着衣の装 | | | |
| | ⑫診療の 期間 | 令和 3 年 5 月 25 日から 治療中 令和 年 月 日まで 日間 | ⑬診療に要した 費用の額 | 12,000 円 | |
| ⑭上の⑫の期間中、入院した期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで | | | | |
| ⑮療養の給付を 受けられなかった理由 | <input type="checkbox"/> 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため <input type="checkbox"/> 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため <input checked="" type="checkbox"/> その他(購入店が保険契約無いため) | | | | |
| ⑯被扶養者に関 する申請の時 | (a) 被扶養者氏名 健保 花子 | (b) 生年月日 昭・平・令 52 年 7 月 10 日 | (c) 被保険者との続柄 妻 | | |

マイナンバーを記入した場合は、簡易書留・特定記録など追跡できる送付方法でご提出ください

弾性着衣には種類毎それぞれ上限金額が定められています ※HPの ■立て替え払いをしたとき をご覧ください。 上限金額を超えている場合は、上限金額で計算します

注意事項

1. 自費診療代の申請を
診療月毎に申請書を
調剤薬局毎に分けて
①『領収書』(原本)
②『診療報酬明細書』
※診療報酬明細書、調剤報酬明細書は、申請時に添付してください。
領収書と一緒に交付される『診療明細書』では手続きできません。
2. 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正のうえ自筆でサインをして下さい。
3. 提出された申請書及び添付書類については返却致しません。(不備書類の場合を除く)

★必要書類を忘れずに添付してください
① 弾性着衣装装着指示書(医師の証明)
② 領収証
※①、②とも原本を添付

受 付 印

| | | | |
|---|--|-----------------|-------------------|
| 退 職 者 ・ 退 職 予 定 者 | この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は記入 | | |
| | 退職している 退職の予定あり | 令和 年 月 日 退職(予定) | 任意継続被保険者、特例退職被保険者 |
| | 振込先口座 ●どちらか一方を記入 | 氏名 | |
| 在籍中の方、1か月以内に退職予定のない方は 口座等記入不要 | | | |
| □ 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。 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。 | | | |