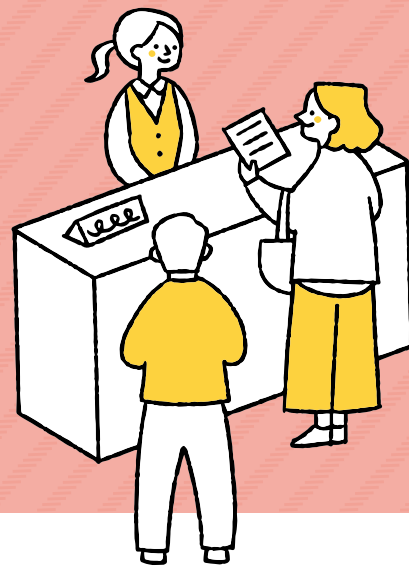


# 立て替え払いをしたときの給付 「療養費」について



ご自身でいったん医療費の全額を立て替えて支払ったときは、後日当組合に請求し、当組合が認めた場合に限り、一定の割合の支給を受けることができます。

## 1 やむを得ず全額自費で支払ったとき

やむを得ない事情で保険証を持たずに医療機関等にかかり、ご自身で費用の全額を立て替えた場合、後日当組合に請求することで払い戻しが受けられます。

ただし、申請理由等が当組合にて妥当と認めたものに限りです。

### 必要・添付書類

- 療養費支給申請書  
(ホームページからダウンロード可)
- 傷病名が記載された診療内容明細書
- 調剤を受けたときは、調剤内容明細書
- 領収書(原本)

### 支給額

健康保険の適用分の7割  
(給付割合は年齢等により異なります。)

**\*保険証は、急な疾病により医療機関等に受診することもあるため、常に携帯をしてください。**

こんな時  
どうすれば?



新しい保険証が届く前に、古い保険証で受診してしまい、以前加入していた健康保険組合等から、かかった医療費の返還を求められ全額返金した…。

必要事項を記入した療養費支給申請書に、以前加入していた健康保険組合等へ返金した際に交付された領収書(原本)と診療報酬明細書(「同意書」が同封されている場合は、被保険者本人にて記入のうえ添付)をあわせて当組合に提出してください。

## 2 コルセット等の治療用装具を購入したとき

労災保険以外の病気やケガの治療のために、医師がコルセット等の治療用装具の装着が必要だと判断し作成した場合、後日当組合に請求することで払い戻しが受けられます。

### 必要・添付書類

- 療養費支給申請書  
(ホームページからダウンロード可)
- 治療上装具が必要であると認めた医師の証明書(原本)
- 領収書(原本)およびその明細書

### 支給額

支給基準額を上限として、  
購入した代金の7割  
(給付割合は年齢等により異なります。)

**\*スポーツなどで使用する装具や、日常生活において利便性の向上のために作成する装具は支給対象外です。  
\*靴型装具を申請する際は、当該装具の写真の添付が必要です。**

### 3 小児用の治療用眼鏡を購入したとき

9歳未満のお子さんで、弱視・斜視および先天白内障術後の屈折矯正の治療用として眼鏡やコンタクトレンズを医師の指示に基づき購入した場合、後日当組合に請求することで払い戻しが受けられます。

#### 必要・添付書類

- 療養費支給申請書  
(ホームページからダウンロード可)
- 傷病名が記載された医師の作成指示書(写し)
- 検査結果(写し) ●領収書(原本)

#### 支給額

下表の額を上限として、購入した代金の7割  
(給付割合は年齢等により異なります。)

上限額	眼鏡	38,902円
	コンタクトレンズ(1枚)	16,324円

**\*更新(作り直し)については、5歳未満は前回作成から1年以上、5歳以上は2年以上の装着期間がある場合に、保険給付の対象となります。**

### 4 弾性着衣等を購入したとき

リンパ節郭清術を伴う悪性腫瘍(乳がん、子宮がん等)の手術後に発生する四肢のリンパ浮腫の治療のため、弾性着衣等(弾性ストッキング・弾性スリーブ・弾性グローブ・弾性包帯)の着用を医師が必要と認めた場合、後日当組合に請求することで払い戻しが受けられます。

#### 必要・添付書類

- 療養費支給申請書  
(ホームページからダウンロード可)
- 装着部位、手術日等が明記されている医師の弾性着衣等の装着指示書(原本)
- 領収書(原本)

#### 支給額

下表の額を上限として、購入した代金の7割  
(給付割合は年齢等により異なります。)

上限額	弾性ストッキング	28,000円 (片足用の場合は25,000円)
	弾性スリーブ	16,000円
	弾性グローブ	15,000円
	弾性包帯*	上肢7,000円 下肢14,000円

\*弾性包帯については、医師の判断により弾性着衣を使用できないという指示書がある場合に限り、保険給付の対象となります。

**\*1度に購入できる弾性着衣は、洗い替えを考慮し、装着部位ごとに2着までです。**

**\*更新(再購入)については、前回の購入から6ヵ月経過している場合に、保険給付の対象となります。**

### 5 海外で病気をして治療を受けたとき

海外で病気やケガをして、やむを得ず現地で医療機関を受診して医療費を支払った場合、後日当組合に請求することで払い戻しが受けられます。

#### 必要・添付書類

- 療養費支給申請書(ホームページよりダウンロード可)
- 診療内容明細書(様式A)・領収明細書(様式B)
- 歯科診療内容明細書(様式C)・領収明細書(様式B)
- 現地で支払ったときの領収書(原本)
- 渡航がわかるパスポートの写し
- 療養を担当した医師へ照会することに関する同意書

#### 支給額

支払った費用のすべてが保険給付の対象になるわけではありません。海外で受けた診療等にかかった費用を日本円に換算\*した額と、同様の傷病で日本国内にて保険診療を受けた場合における算定額のいずれか低い額で決定されます。支給額はその額から一部負担金を差し引いた金額になります。

\*外貨換算は、支給決定日の外国為替換算率(売レート)を用います。

**\*診療明細書・調剤明細書・領収書等が、外国語で記載されている場合は、日本語の翻訳文を必ず添付してください。翻訳文には翻訳者の氏名および住所を記載してください。**

**\*海外に滞在中の場合は、申請書を事業主経由でご提出ください。**

**\*治療目的で海外へ行った場合は支給の対象となりません。また、日本国内で保険適用されていない医療行為等も支給の対象となりません。**

各項目ごとの申請書は、「個人ごと」・「1ヵ月ごと」・「医療機関ごと」に作成してください。

※時効については、健康保険の給付を受ける権利は2年間をもって消滅します。療養費の時効の起算日は「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。(健康保険法第193条)

#### 問合せ

組合本部 給付課 TEL03-3663-1361(代) 城南支部 給付係 TEL03-5537-2400(代)  
城西支部 給付係 TEL03-3342-8821(代) 城北支部 給付係 TEL03-3980-1501(代)