



# 事務専科講習会

- 高額療養費・付加金
- 療養費〔自費・治療用装具〕
- 海外療養費 等

令和元年10月28日

東京都情報サービス産業健康保険組合

# 目次

日本の医療保険制度について	1
健康保険が使用できないもの	2
医療費の仕組み	3
<b>【Ⅰ】 医療費の負担額が高額になったとき</b>	<b>4</b>
①高額療養費・付加金の計算方法	5
②自動払	9
③限度額適用認定証の申請	11
④高額療養費・付加金の申請が必要な方	15
<b>【Ⅱ】 療養費</b>	<b>16</b>
①自費で受診したとき	19
②海外で受診したとき	21
③装具を作ったとき	24
④小児用眼鏡を作ったとき	26
⑤はり・きゅう、あん摩・マッサージの施術を受けるとき	29
⑥接骨院・整骨院で施術を受けるとき	33
<b>【Ⅲ】 記入の注意事項</b>	<b>36</b>
<b>【Ⅳ】 よくあるご質問Q&amp;A</b>	<b>37</b>
<b>【Ⅴ】 社員や家族が交通事故などにあつたとき</b>	<b>42</b>

# ■ 日本の医療保険制度について

日本の医療保険制度は、日本に住んでいる全ての人が公的な医療保険に必ず加入するという **皆保険制度** となっています。

## 健康保険の給付

会社の従業員などの被用者と  
その被扶養者

自営業者などの  
地域住民

①

全国健康保険協会

(協会けんぽ)

健康保険組合



②

船員保険

③

国家公務員共済組合  
地方公務員等共済組合  
私立学校教職員共済組合

④

国民健康保険

国民健康保険組合

⑤

後期高齢者医療制度

公的な保険には

- ① 会社の従業員が加入する全国健康保険協会（協会けんぽ）  
大企業や同一の業種の方で形成された健康保険組合
- ② 船員が加入する船員保険
- ③ 公務員や私立学校の教職員が加入する共済組合等
- ④ 自営業者や農林漁業従事者などの地域住民が加入する国民健康保険
- ⑤ 75歳以上が加入し広域連合（市区町村）が運営する後期高齢者医療制度

## ■ 健康保険が使用できないもの

健康保険は全ての病気やケガに使用できるわけではなく、**業務外で生じた病気やケガ**を対象としています。以下は健康保険を使用して受診することはできません。

### 業務上・通勤途上の事由によるもの

業務上や通勤途上に起きたケガ等は、労働者災害補償保険(労災保険)から給付を受けることとなります。業務上や通勤途上のケガ等であるにも関わらず社員の方が健康保険証を提示して受診した場合は、すみやかにTJKへ連絡するようお願いください。

### 治療のためではないもの

健康診断、成人病検査、人間ドックなど

※診断の結果、治療の必要が認められた場合の治療費は健康保険が適用されます

### 病気とみなされないもの

#### (1) 日常生活に支障のないもの

いぼ、にきび、あざ、わきが等

※治療を必要とする症状のあるものは健康保険が適用される

#### (2) 回復の見込みのないもの

近視、遠視、乱視、斜視、色盲等

※視力に変調があるときの診察、検査、眼鏡の処方箋は健康保険が適用される

#### (3) 美容のための整形手術

隆鼻術、二重まぶたの手術等

※外傷、火傷の処置のための整形手術は健康保険が適用される

#### (4) 正常な妊娠および分娩

※妊娠中毒症、異常分娩など、治療を必要とするものは健康保険が適用される

#### (5) 経済的理由による人工妊娠中絶

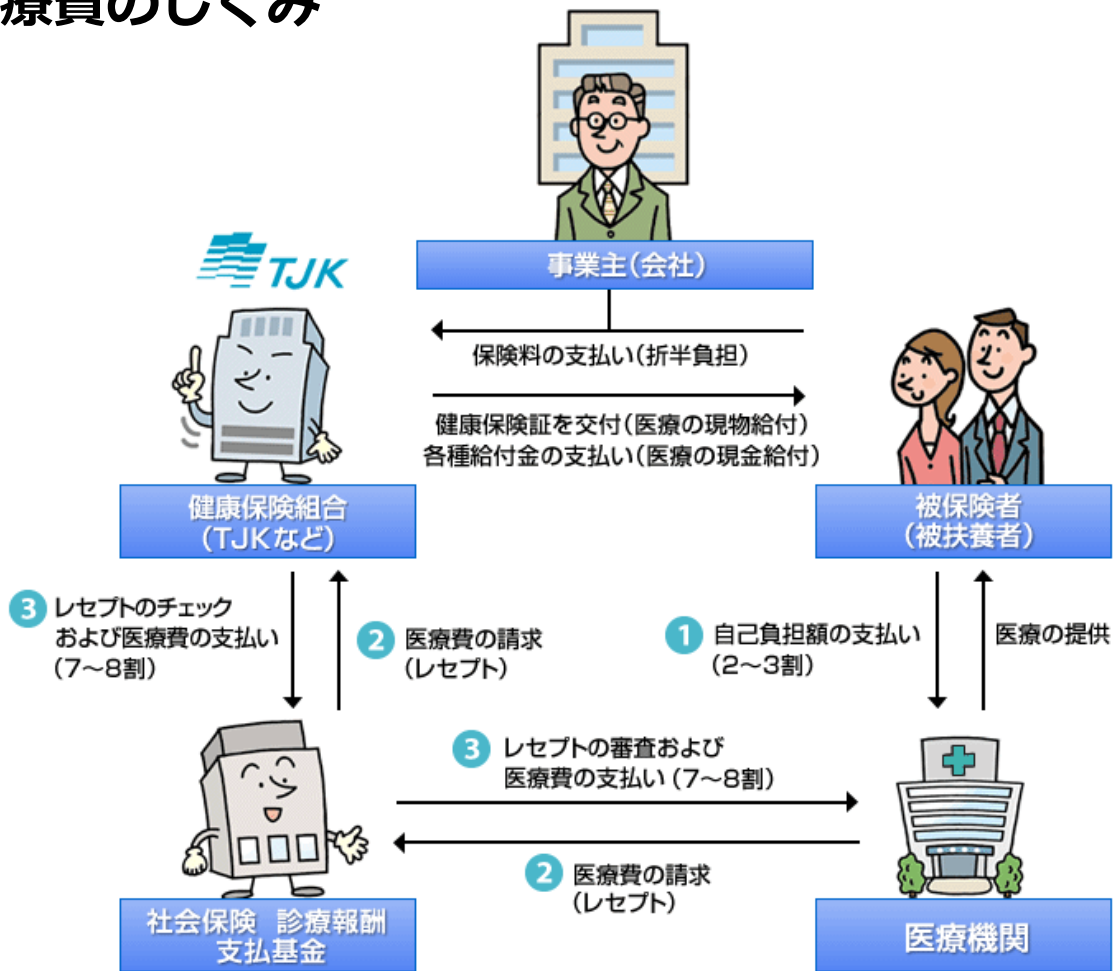
※経済的理由以外の人工妊娠中絶は健康保険が適用される場合がある

#### (6) 身体的機能に支障のない先天性疾患

小耳病、四肢奇形等

※美容のためでなく社会通念上治療の必要があると認められるものは健康保険が適用される

# ■ 医療費のしくみ



## ◎ 診療報酬明細書(レセプト)とは？

人ごと・月ごと・医療機関ごと(ただし医科・歯科、入院・外来別)で作成される医療機関の請求明細書。TJKはレセプトに基づき医療費を医療機関へ支払います。

未就学児童



自己負担  
2割

健保負担 8割

義務教育~69歳



自己負担 3割

健保負担 7割

現役並み所得者



(標準報酬月額28万円以上の被保険者とその扶養者)

自己負担 3割

健保負担 7割

70  
~  
74  
歳

一般



自己負担  
2割

健保負担 8割

## 【I】医療費の負担額が高額になったとき

- ①高額療養費・付加金の計算方法
- ②自動払
- ③限度額適用認定証の申請  
(医療費の窓口負担額を減らしたいとき)
- ④高額療養費・付加金の申請が必要な方



付加給付・・・法定給付に上乗せして  
TJKが独自に行う給付（付加金等）

法定給付・・・全国の組合で一律に受けられる給付  
（高額療養費等）

# ① 高額療養費・付加金の計算方法

## ■ 高額療養費 \* 法定給付(全国の組合で一律に受けられる給付)

〔70歳未満〕医療機関の窓口で支払う自己負担額（レセプト1件ごと）が、以下の計算式で算出される「自己負担限度額」を超えた場合、超えた額を高額療養費として支給します。

適用区分	所得区分	自己負担限度額
ア	標準報酬月額 83万円以上	252,600円+ (総医療費 - 842,000円) ×1%
イ	標準報酬月額 53~83万円未満	167,400円+ (総医療費 - 558,000円) ×1%
ウ	標準報酬月額 28~53万円未満	80,100円+ (総医療費 - 267,000円) ×1%
エ	標準報酬月額 28万円未満	57,600円
オ	低所得者 (住民税非課税者)	35,400円

※入院時の食事療養に要した費用は、高額療養費の対象となりません。

※「所得区分」は被保険者の標準報酬月額に基づきます。

※低所得者とは、**被保険者本人が住民税非課税**の場合該当します。

## ■ 高額療養費

〔70歳以上〕医療機関の窓口で支払う個人ごと世帯ごとの上限額が、以下の計算式で算出される「自己負担限度額」を超えた場合、超えた額を高額療養費として支給します。

区分	ひと月の 上限額 (世帯ごと)	
	外来(個人ごと)	
現役Ⅲ	$252,600\text{円} + (\text{総医療費} - 842,000\text{円}) \times 1\%$	
現役Ⅱ	$167,400\text{円} + (\text{総医療費} - 558,000\text{円}) \times 1\%$	
現役Ⅰ	$80,100\text{円} + (\text{総医療費} - 267,000\text{円}) \times 1\%$	
一般	18,000円	57,600円
低所得者	8,000円	24,600円
		15,000円

※詳細は組合ホームページをご確認ください。



## ■付加金 \*付加給付(TJKが独自に行う給付。大きなメリット)

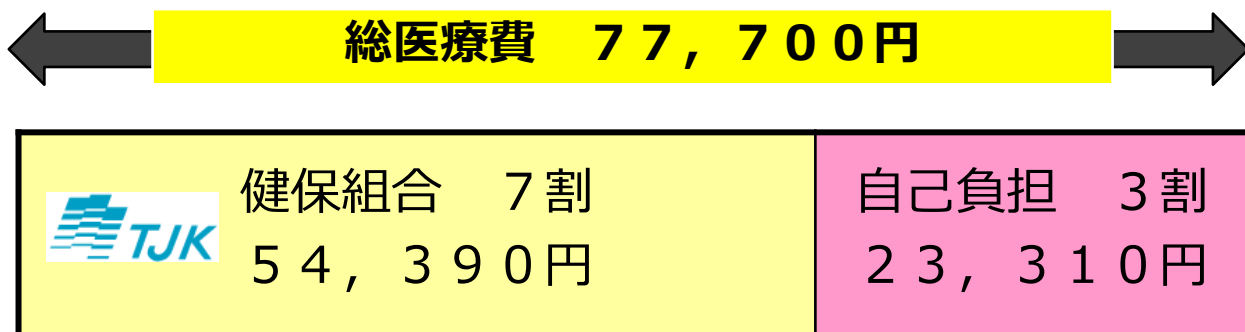
高額療養費(法定給付)を除いた自己負担額からさらに**20,000円**を控除した額を、付加給付として支給します(ただし100円未満切捨て、1,000円未満不支給)。

### ◎付加給付の例

一部負担還元金、家族療養費付加金、合算高額療養費付加金など

### 【例1】

被保険者Aさんが7月10日~7月31日まで歯医者さんにかかりました。健康保険での3割の自己負担額の合計が23,310円の時、Aさんに給付される付加給付はいくらでしょう。



自己負担額 - 20,000円 = 付加金 (100円未満切捨て)

$$23,310円 - 20,000円 = 3,310円 \div \underline{\underline{3,300円}}$$

(一部負担還元金)

【答え1】 3,300円

## 【例2】

被扶養者Bさん（区分ウ）が8月20日から9月2日まで、月をまたいだ入院で228,600円支払いました。

食事療養費と差額ベッド代を除いた、健康保険での3割の自己負担額の内訳は以下のとおりです。


8月20日～8月31日 210,000円

9月1日～9月2日 18,600円

Bさんへ給付される高額療養費・付加給付はいくらでしょう。

- 月をまたいだ場合、診療月単位で算出します



 健保組合 7割 490,000円	自己負担 3割 210,000円
---	---------------------

- 算出式

区分ウ 自己負担限度額	$80,100円 + (総医療費 - 267,000円) \times 1\%$
-------------	--

$$80,100 + (700,000 - 267,000) \times 1\% = \text{自己負担限度額 } 84,430円$$

$$\begin{array}{l} \text{自己負担分 3割} \\ 210,000円 \end{array} - \begin{array}{l} \text{自己負担限度額} \\ 84,430円 \end{array} = \begin{array}{l} \text{高額療養費} \\ \text{(法定給付)} \\ 125,570円 \end{array} \quad \text{A}$$

$$\begin{array}{l} \text{自己負担限度額} \\ 84,430円 \end{array} - 20,000円 = \begin{array}{l} \text{家族療養費付加金} \\ \text{(付加給付)} \\ 64,400円 \end{array} \quad \text{B}$$

(100円未満切捨て)

TJKからの給付額  $A + B = \mathbf{189,970円}$

8月の最終的な負担額  $210,000円 - 189,970円 = 20,030円$

9月の最終的な負担額  $\xrightarrow{\hspace{10em}} 18,600円$

(高額・付加金共に非該当のため)

**【答え2】 189,970円**

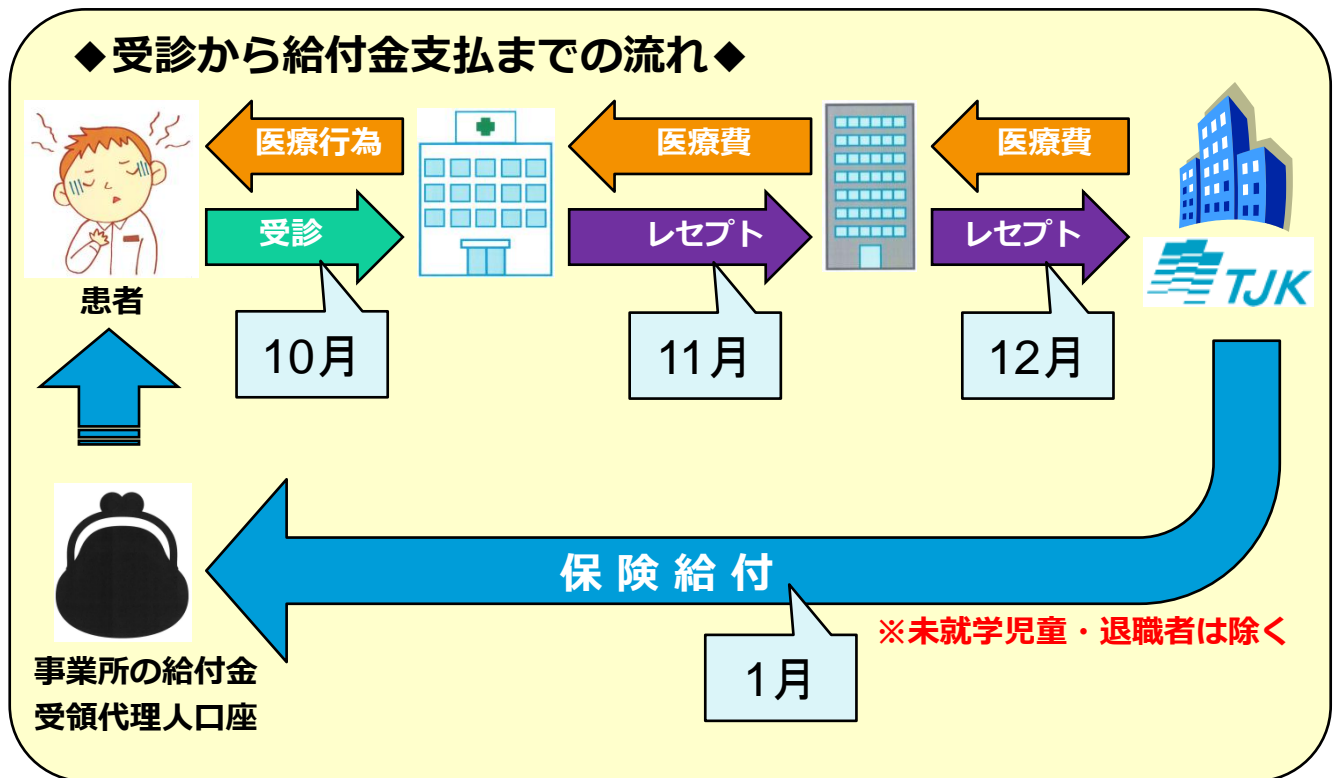
## ② 自動払

在職されている被保険者(本人)やその被扶養者(家族)に対する給付金は、診療報酬明細書(レセプト)に基づき人ごと・月ごと・医療機関ごと(ただし医科・歯科、入院・外来別)で算出し、概ね診療月の3カ月後に事業所の給付金受領代理人口座(給付金専用口座)に自動払します。

### ●自動払となる給付金の例

本人高額療養費・家族高額療養費・合算高額療養費

一部負担還元金・家族療養費付加金・合算高額療養費付加金



【医療費助成を受けている方へご案内ください】

国や市区町村より医療費助成を受けている方、これから受けられる方がいる場合は、医療証の両面コピーを添付し「医療費助成制度該当届」を速やかに給付グループまで提出するようご案内ください。

子ども医療費、ひとり親家庭等医療費、重度心身障害者医療費などの対象で医療機関等での窓口負担がない場合、TJKからの給付金は支払われません。重複払となった場合、給付金を返金いただくこととなります。

# 医療費助成制度該当届

※組合使用欄	マネジャー	担当	記入例

## 健康保険 医療費助成制度該当届 (新規・変更・終了)

【この該当届の提出が必要な方】 **小学生～74歳までの、国や自治体から医療費助成を受けている被保険者および被扶養者**  
 ※当組合では皆さまが医療機関等の窓口で支払った医療費に対し、高額療養費や付加金を支給しています。国や自治体から医療費助成を受けており、自己負担の全部または一部を助成されている方はTUKの給付金との重複支給を防ぐため、この該当届を提出してください。

被保険者情報	健康保険証の記号と番号	記号 番号 XXX - 234	被保険者氏名 情報 太郎	印
	被保険者の現住所	〒XXXX-XXXXX 千代田区0003-3-303		
被保険者の生年月日		(フリガナ) ショウホウ タロウ 昭・平・令 XX年 XX月 XX日		
被保険者の電話番号		日中連絡のとれる電話番号 自宅 XXX-XXXX-XXXX 携帯 XXX-XXXX-XXXX		

助成対象者	氏名	情報 太郎		生年月日	昭・平・令 XX年 XX月 XX日
	医療費助成を受けている方	被保険者との続柄	本人	性別	男・女
	現住所	〒XXXX-XXXXX ※被保険者の現住所と異なるときのみ記入			
本人は資格取得日		昭・平・令 XX年 XX月 XX日			
家族は扶養認定日		昭・平・令 年 月 日			

医療費助成の内容	どのような医療費助成を受けていますか ※該当項目に○を記入	1. 子ども医療費助成 2. 重度心身障がい者医療費助成、福祉医療など障がいによる医療費助成 ③ 特定疾患（指定難病）医療費助成 4. 小児慢性疾患医療費助成 5. ひとり親家庭等医療費助成 6. 自立支援医療費助成（精神通院・更生医療・育成医療） 7. 妊産婦医療費助成 8. その他（ ）			
	助成内容について ※該当項目に☑を記入	自己負担はありますか	<input type="checkbox"/> 自己負担無し <input checked="" type="checkbox"/> 一部自己負担がある <input type="checkbox"/> 「医療証の表面に自己負担が記載されている方」医療証の表面の自己負担のとおり <input checked="" type="checkbox"/> 1ヶ月の自己負担上限額が（ 10,000 ）円 <input type="checkbox"/> 通院1回（ ）円、入院1日（ ）円、調剤1回（ ）円 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	認定日等について	初めて認定を受けた年月日	平・令 XX年 XX月 XX日	初めて認定を受けた日から現在まで空白期間なく認定されていますか	(はい)・いいえ
現在お持ちの医療証の有効期間		平・令 XX年 XX月 XX日 ～ 平・令 XX年 XX月 XX日			

【添付書類】 ・国や自治体から交付された「医療証」(表面・裏面)の写し

受付日付印

### 【記入上の注意】

- ・助成対象者1名ごとに該当届を1枚記入してください。
- ・同じ方が複数の医療費助成を受けているときは、制度ごとに該当届を1枚記入してください。
- ・助成の内容が変更したり医療証を更新したときは、再度該当届を記入し医療証(写)を添付してください。
- ・助成期間の途中で医療費助成が終了した時は「医療費助成制度該当届(終了)」をご提出ください。

上記のとおり医療費助成を受けています。助成内容に変更等が生じたときは速やかに届け出ます。  
 令和 年 月 日

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	@
-------------------	---

東京都情報サービス産業健康保険組合 R.1.8

★「医療費助成制度該当届」はホームページからダウンロードすることができます。  
 トップページ>届出書・申請書の印刷>給付関連(各種給付金)  
 >医療費が高額になったとき(6)医療費助成制度該当届

# ③ 限度額適用認定証の申請

(医療費の窓口負担額を減らしたいとき)

## 1. 【70歳未満で「区分ア～エ」に該当する場合】

「限度額適用認定証」と「健康保険証」を医療機関等に提示すれば、一医療機関ごと(入院・外来・調剤)の支払は「自己負担限度額」までで済み、自己負担限度額を超えた額は高額療養費としてTJKから医療機関へ直接支払われます。

## 2. 【70歳以上で「現役Ⅰ・現役Ⅱ」に該当する場合】

現役並みの所得の方は3区分に分かれているため、申請により所得に応じた「限度額適用認定証」を交付します。「限度額適用認定証」「高齢受給者証」「健康保険証」を医療機関に提示すれば「1.」と同様の取り扱いとなります。

## 3. 【被保険者が低所得者の場合】

70歳未満、70歳以上ともに「限度額適用・標準負担額減額認定証」と「健康保険証」を医療機関等に提示すれば「1.」同様の取り扱いとなるだけでなく、**入院時の食事療養標準負担額が軽減**されます。

### 提出書類

【70歳未満 区分ア～エ】 【70歳以上 現役Ⅰ・Ⅱ】

⇒「限度額適用認定申請書(上位・一般用)」

【70歳未満・70歳以上の低所得者】

⇒「限度額適用・標準負担額減額申請書(低所得者用)」

※70歳以上の現役Ⅲ、一般の方は「限度額認定証」の申請は必要ありません。自己負担上限額を超えた額は高額療養費としてTJKから医療機関へ直接支払われます。

### 【限度額適用認定証を交付された後の注意事項】

- ・限度額適用認定証は、高額な医療費の支払が見込まれる場合事前にTJKから交付を受け、**すみやかに医療機関等に提示**する必要があります。
- ・TJKが申請書を受理した月の**1日から有効**(発効年月日)なものを交付します。必要な方はお早めにご申請下さい。

上位・一般用  
70歳未満（区分ア～エ）  
70歳以上（現役Ⅰ・Ⅱ）

当組合が申請書を受理した月の1日から有効な証を交付します

健康保険 限度額適用認定申請書

被保険者情報	健康保険証の記号と番号	記号 XXX-234	被保険者氏名	(フリガナ) ショウホウ タロウ 情報 太郎	印
	被保険者の現住所	〒XXXX-XXXXX 千代田区〇〇〇3-3-303	生年月日	(昭)・平・令 XX年 XX月 XX日	
				日中連絡のとれる電話番号	
				自宅	XX-XXXX-XXXX
				携帯	XXX-XXXX-XXXX

認定対象者	療養を受ける方	氏名	情報 花子	生年月日	(昭)・平・令 XX年 XX月 XX日
	被保険者との続柄	妻	性別	男・女	本人は資格取得日 昭・平・令 年 月 日
	[入院の方のみ] 入院(予定)期間 ※退院日が未定の場合は入院日のみ記入		平・令 XX年 XX月 XX日 ~ 平・令 XX年 XX月 XX日	家族は扶養認定日 昭・(平)・令 XX年 XX月 XX日	

捺印が無い場合は発行できません。捺印もれないようご注意ください

疾病または負傷の原因	原因	①. 病気 2. 出産 ③. 怪我 ( 自損・交通事故・暴行、傷害 ) 4. その他 ( )			
	「3. 怪我」に該当する方は具体的な状況と回を記入	負傷日時 (いつ)	平・令 年 月 日 ( 午前・午後 時頃 )		
		負傷場所 (どこで)	( 例 自宅で / 学校で / 公園で / サッカー場で 等 )		
		負傷した状況	( 例 自宅階段から転落し負傷 / サッカーの練習中に負傷 等 )		
第三者行為の確認		<input type="checkbox"/> 相手がいない	<input type="checkbox"/> 相手がいる ※1	男災の確認	<input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> 労災 ※2
( 児童・学生のみ ) 日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度		<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 申請予定	<input type="checkbox"/> 申請しない ※3	

「疾病の原因」が怪我・交通事故・傷害の場合は、いつ・どこで・どのような状況でのけがなのか、相手がいるのか等詳細をご記入ください

- ※1 原因が交通事故・傷害等で「相手がいる」場合、別途「第三者の行為による傷病届」等が必要です。事前に当組合へご連絡下さい。スポーツ中の怪我等で相手への損害賠償請求が生じない場合は「相手がいない」を選択してください。
- ※2 通勤・通勤途中または業務中の怪我や病気は労災適用のため健康保険の対象になりません。勤務先へお問合せ下さい。
- ※3 学校内・部活動・登下校時の怪我等で日本スポーツ振興センターへ給付金の申請手続を行うときは「申請中」「申請予定」にしてください。

[窓口交付欄] (郵送時は記入不要) 被保険者以外の方が認定証を組合窓口で受理するときは下記

委任欄	私は右記の者に健康保険限度額適用認定証の受理を委任します。 (被保険者情報欄と同一印)
	被保険者氏名 _____ 代理人氏名 _____

限度額適用認定証(見本)

[被保険者自宅住所と異なる住所への送付を希望するとき] 下記へ送付先を詳細にご記入ください。

送付先	住所	〒 _____
	宛名	_____ 連絡先 _____

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。有効期限経過後は速やかに組合へ返却します。

令和 XX年 XX月 XX日

申請書提出先 (郵送・窓口)	〒102-8017 東京都千代田区富士見 1-12-8 TJKプラザ 東京都情報サービス産業健康保険組合 給付グループ宛 03-3239-9817 平日9:00~18:00 (祝日・年末年始を除く)
----------------	---

有効期限を経過したものや、使用しなくなった場合はTJKに認定証をご返却ください

健康保険限度額適用認定証	
平成〇〇年〇〇月〇〇日交付	
記号	123 番号 4567
被保険者氏名	情報 太郎 男
生年月日	昭和XX年 XX月 XX日
適用対象者氏名	情報 花子 女
生年月日	昭和XX年 XX月 XX日
住所	_____
発効年月日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日
有効期限	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日
適用区分	ウ
所在地	東京都千代田区富士見 1-12-8 TJKプラザ
保険者番号	06137418
名称及び印	東京都情報サービス健康保険組合 印 03-3239-9817 (給付担当)



# 低所得者用 70歳未満（区分才） 70歳以上（低所得者）

非課税者用

## 健康保険 限度額適用・標準負担額減額申請書

被保険者情報	健康保険証の記号と番号	記号 XXX-234	被保険者氏名	(フリガナ) ショウホウ タロウ 情報 太郎	印
	被保険者の現住所	〒XXXX-XXXX 千代田区〇〇〇3-3-303	生年月日	(印)・平・令 XX年 XX月 XX日	

捺印が無い場合は発行できません。

捺印もれがないようご注意ください

認定対象者	療養を受ける方	氏名 情報 太郎	生年月日	(昭)・平・令 XX年 XX月 XX日
	被保険者との続柄	本人	性別	(男)・女
	本人は資格取得日	昭・平・令 XX年 XX月 XX日	家族は扶養認定日	昭・平・令 年 月 日

【入院の方のみ】入院(予定)期間  
※退院日が未定の場合は入院日のみ記入  
平・令 XX年 XX月 XX日 ~ 平・令 XX年 XX月 XX日

原因  
※該当項目に○を記入  
①. 病気 2. 出産  
3. 怪我 ( 自損・交通事故・暴行・傷害 ) 4. その他 ( )

「3」怪我のとき  
具体的な状況  
(例) 〇月〇日、休日に自宅階段から転倒し負傷 等)

低所得者の入院時の食事代(標準負担額)は、長期入院に該当の場合、以下の通り減額されます。

\*一食あたり  
**210円→160円**

長期入院欄	入院の有無	申請日現在、91日以上入院していますか。	入院している(入院日数合計 日間)・(入院していない)
	「入院している」に該当する方は申請日前1年間の入院状況を記入	入院期間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間

※「入院している」に該当する方は入院期間を証明する書類(入院期間の記載された保険医療機関の領収証等)を添付して下さい。

【窓口交付欄】(郵送時は記入不要) 被保険者以外の方が認定証を組合窓口で受理するときは下記委任欄へ記入・捺印済の申請書をご持参ください。

委任欄	私は右記の者に健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の受理を委任します。 (被保険者情報欄と同一印)
	被保険者氏名 _____ (印) 代理人氏名 _____

## 限度額適用・標準負担額減額認定証(見本)

【被保険者自宅住所と異なる住所への送付を希望するとき】 下記へ送付先を詳細にご記入ください

送付先	住所	〒 _____	宛名	連絡先
-----	----	---------	----	-----

備考

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。  
有効期限経過後は速やかに組合へ返却します。  
令和 XX年 XX月 XX日

【非課税証明欄】 下欄に市区町村長の証明を受けるか、別紙で非課税証明書を添付して下さい。

市区町村長が証明する欄	当該被保険者には、〇〇年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 市区町村長名 東京都千代田区長 〇〇〇〇 (印)
-------------	--

※4・7月受診分は前年度の証明を、8～翌年3月受診分は当年度の証明を受けて下さい

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	(印)
-------------------	-----

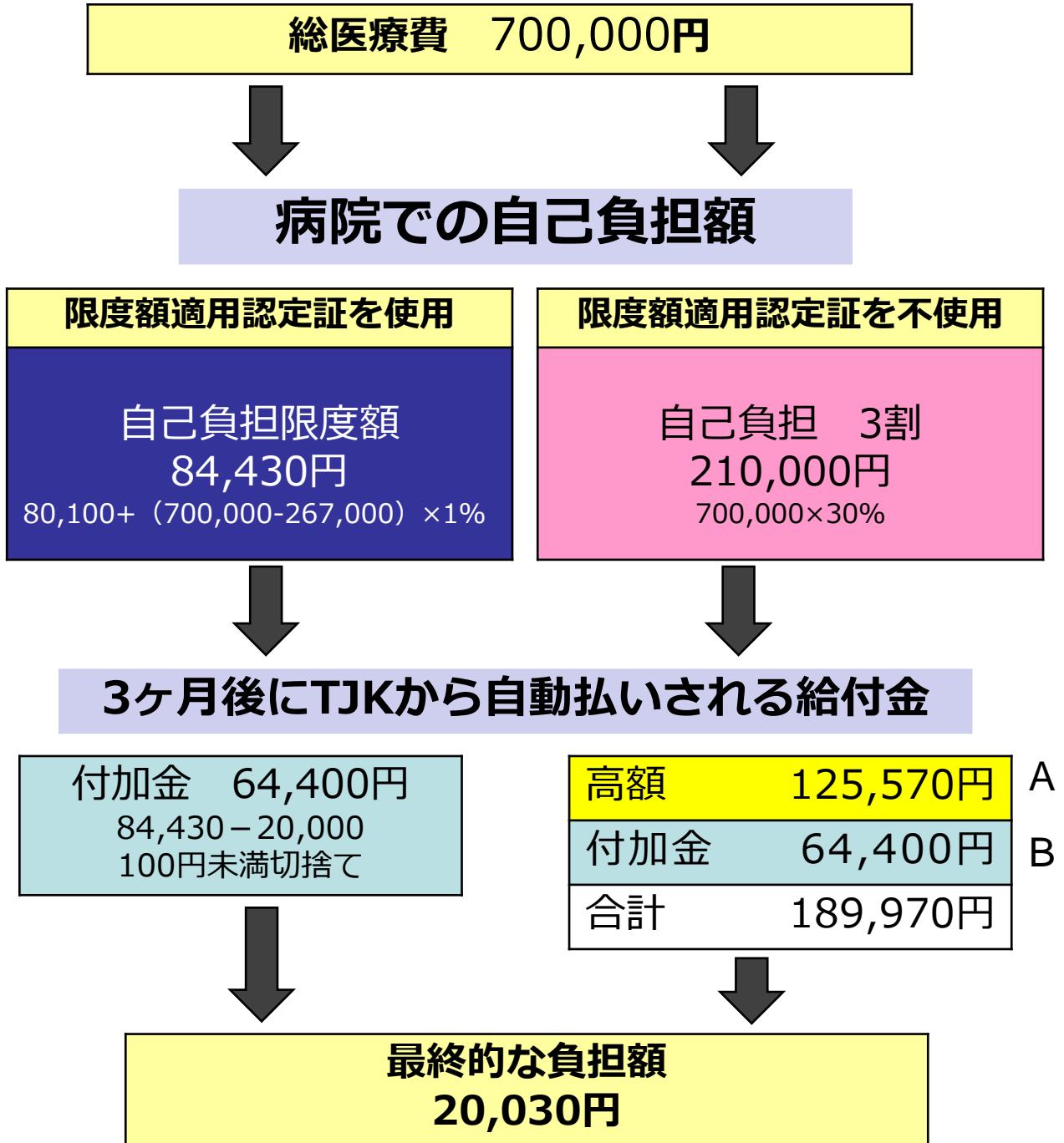
東京都情報サービス産業健康保険組合 R1.5

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証	
平成〇〇年〇〇月〇〇日交付	
記号	XXX 番号 345
被保険者氏名	情報 太郎 男
生年月日	昭和XX年 XX月 XX日
適用・減額対象者氏名	情報 花子 女
生年月日	昭和XX年 XX月 XX日
住所	
発効年月日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日
有効期限	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日
適用区分	才
長期入院該当	年 月 日 保険者印
所在地	東京都千代田区富士見 1-12-8 TJKプラザ
保険者番号	06137418 (印)
名称及び印	東京都情報サービス健康保険組合 03 (3239) 9817 (給付担当)

市区町村で非課税の証明を受けるか、または非課税証明書原本を添付してください

### 【例3】

資料8ページ【例2】の被扶養者Bさんが  
限度額適用認定証を使用した場合と使用しなかった場合の自己負担額や  
TJKからの給付金を比較してみましょう。



限度額適用認定証の交付を申請しない場合や交付を受けたものの医療機関等の窓口で提示しなかった場合で、高額療養費に該当するときは受診月の約3ヵ月後にTJKから9ページの「②自動払」で給付を受けることができます。



## ④ 高額療養費・付加金の申請が必要な方

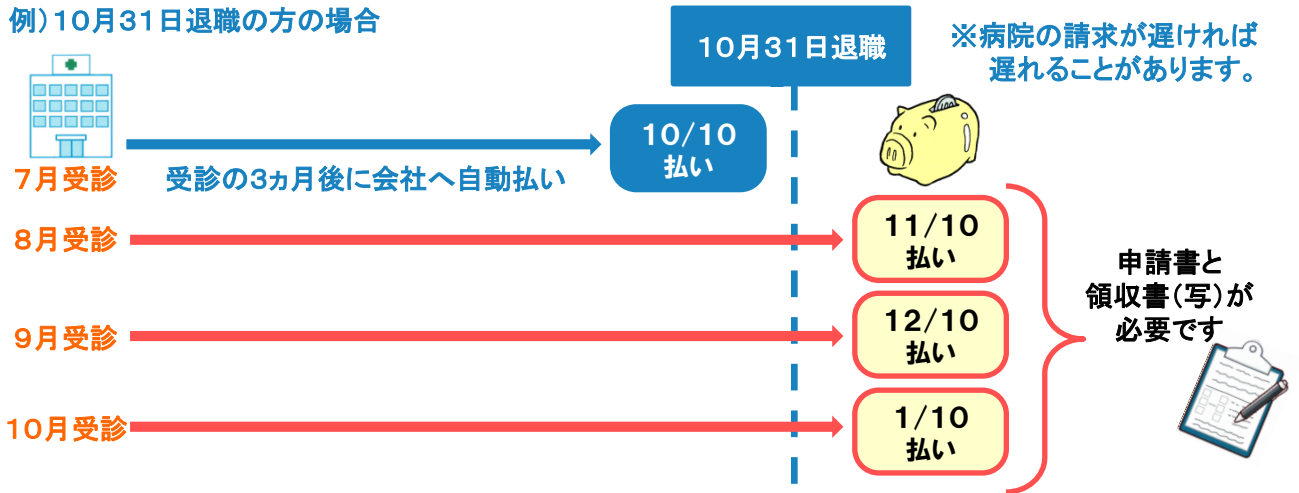
### (ア) 被扶養者として認定されている未就学児童

少子化が進むなか、多くの市区町村では子育て支援策の一環として、医療費の2割にあたる自己負担を「乳幼児医療費」「子ども医療費」などで助成しており、未就学児童は窓口負担が無いことが多くなっています。

国・自治体からの医療費助成が受けられず高額療養費・付加金に該当する自己負担がある場合には、TJKへ申請を行ってください。

### (イ) 支払日に退職しており自動払いされなかった方

例) 10月31日退職の方の場合



病院から請求が到着後、在職中の方の高額療養費・付加金は事業所へ自動的にお支払しますが、退職した方は申請払いです。但し、喪失届の提出が遅れた際には、事業所へ自動的に支払われることがあります。

**退職前の3ヶ月間に高額な医療費がかかった方には、**

**本人よりTJKへ申請が必要な旨ご案内ください。**

申請書はホームページからダウンロードできます

トップページ> 届出書・申請書の印刷> 給付関連(各種給付金)> 医療費が高額になったとき

(3)本人・家族 高額療養費・一部負担還元金・家族療養費付加金支給申請書

※申請する場合は医療機関の領収書写しを添付してください

## 【Ⅱ】療 養 費

### 医療費を立替え払いしたとき

T J Kでは下記のとおり申請内容に応じた申請書をご用意しております。

#### 提出書類

- ・ **立替払等**

本人 家族 療養費

一部負担還元金 家族療養費付加金 支給申請書

- ・ **海外受診**

本人 家族 療養費

一部負担還元金 家族療養費付加金 支給申請書

- ・ **治療用装具**

本人 家族 療養費

一部負担還元金 家族療養費付加金 支給申請書

- ・ **はり・きゅう**

本人 家族 療養費支給申請書

- ・ **あん摩・マッサージ**

本人 家族 療養費支給申請書

★申請書はホームページからダウンロードすることができます。

トップページ> 届出書・申請書の印刷> 給付関連(各種給付金)> 立て替え払いしたとき

# 療養費〔本人・家族〕

## ■ 給付のポイント

健康保険では、業務外等で生じた病気やケガについて、保険医療機関等に健康保険証を提示して「療養の給付」を行うことが原則とされています。しかし、例外的に付近に保険医療機関がない場合や、被保険者にやむを得ない事情等で療養の給付を行うことができない場合があります。これを補うために現金給付として療養費払い制度が設けられています。

## ■ 支給の条件

- (1)健康保険組合が「療養の給付」を行うことが困難であると認めたとき。
- (2)保険医療機関以外において医療を受けた場合に、やむを得ない事情があると健康保険組合が認めたとき。

## ■ 給付額

医療機関に支払った費用のうち、療養に要する費用として算定された額の7割または8割相当額。

## ■ 給付期間

被保険者・被扶養者資格のある期間内。

## 立替払いの主な支給例

- (1)子どもが生まれて被扶養者申請の手続き中に、その子どもが病気やケガをしてしまい病院を受診した。
- (2)被保険者の資格取得手続き中に病院を受診した。
- (3)旅先や出張先(業務中を除く)で健康保険証を持ち合わせていないとき、病気やケガで病院を受診した。
- (4)スキー場などでケガをして、付近に健康保険指定の病院が見つからず、やむを得ず季節開設の非保険医で受診した。
- (5) 海外で診療を受けた。(治療目的で渡航した場合を除く)
- (6)関節用装具やコルセットなど、治療用装具を作った。
- (7)9歳未満の子供が、治療用眼鏡を作った。
- (8)はり・灸・あんま・マッサージの施術を受けた。
- (9)接骨院・整骨院 (柔道整復師) で施術を受けた。

# ① 自費で受診したとき

<b>I 立書払等</b>		健康保険 本人 療養費 一部負担還元金 支給申請書	家族 療養費 家族療養費付加金
① 健康保険証の記号と番号	記号 番号 XXX-123	② 被保険者氏名 (請求者) 生年月日	情報 一郎 令和 平成 XX年 XX月 XX日
④ 被保険者 (請求者) の現住所	〒11002-XXXX	③ 診療を受けた病院等の名称	〇〇〇病院
⑤ 勤務先会社名	株式会社 〇〇〇	⑥ 診療の内容	診察
⑦ 傷病名	咽頭炎	⑧ 診療に要した費用の額	XXXX 円
⑨ 入院区分	入院	⑩ 診療区分	入院・外傷
⑪ 発病の原因及びその経過	原因不詳、経過良好		
⑫ 診療を受けた期間	令和元年 7月 2日 から 令和元年 7月 5日 まで 2日間		
⑬ 入院の場合、入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間		
⑭ 療養上または通勤上によるものですか	はい・いいえ		
⑮ 他人の行為によるものですか	はい・いいえ		
⑯ 療養費を交付申請する理由 (該当する番号に○)	① 入社から間もなく、被保険者証が交付される前に受診したため 2. TJK加入前の被保険者証を使用し、以前の保険者に医療費を返還したため 3. その他 ( )		

※⑮で「はい」と回答された場合は「第三者行為による傷病費」をご提出いただく場合があります。

在職中の傷病には事業所(会社)経由での給付金の受け取りにご協力いただいております。支払金納付機は記入せずに委任状欄のみ記入してください。

退職者等で被保険者(請求者)の個人口座に受け取りを希望する場合は、支払金納付機を記入し委任状欄は記入しないでください。

受付日付印	令和元年 8月 1日
-------	------------

委任状	私は下記の者に療養費の受領を委任します。
被保険者 (請求者)	住所 千代田区〇〇〇2-2-202 氏名 情報 一郎
代理人	住所 氏名
代理人	住所 氏名

① 事業主の選定した保険給付金受領代理人 ※(1)、(2)いずれかを○で囲んでください。  
 (2) (1)以外の代理人(下記に代理人の住所・氏名、下記の支払金納付機に記入)

支払金納付機	銀行・農協 信金・信組	本店 支店	預金種別 普通・当座
金融機関コード	店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)	フリガナ	口座名義
口座番号 (ゆうちょ銀行の場合は8ケタの通帳番号)			

マイナンバーにより申請される方は(番号)欄へ記入してください。  
 マイナンバーを記入する場合は、個人番号及び本人確認のための交付書類が必要です。

## 記入例

① 本人または家族に○をして下さい。

② 領収書に記載されている金額を記入して下さい。

③ 外傷性の怪我の場合は、  
 ・いつ  
 ・どこで  
 ・どのような状況で  
 負傷されたのか具体的に記入して下さい。

※ 申請書はレシートごとに1枚作成してください。  
 但し、病院で処方箋を交付され薬局で薬代を支払った場合は病院と薬局のレシート・領収書原本を添付し1枚の申請書で申請できます。

### 添付書類について

■ 入社から間もなく、被保険者証が交付される前に受診したため、療養費を申請するとき	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 病院 (または薬局) の領収書の原本</li> <li>● 診療報酬明細書 (レセプト)</li> </ul> ※ 診療報酬明細書 (レセプト) は病院 (または薬局) に発行していただき、封かんされている場合は開封せずに封筒ごと添付してください。
■ TJK加入前の被保険者証を使用し、以前の保険者に医療費を返還したため、療養費を申請するとき	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 以前の保険者から交付された領収書の原本</li> <li>● 診療報酬明細書 (レセプト)</li> </ul> ※ 以前の保険者が発行する診療報酬明細書 (レセプト) を開封せずに封筒ごと添付してください。



## ② 海外で受診したとき

### 記入例

①  
本人または家族に○をして下さい。

②  
領収書に記載されている金額を記入して下さい。

③  
外傷性の怪我の場合は、  
・いつ  
・どこで  
・どのような状況で  
負傷されたのか具体的に記入して下さい。

※  
申請書は月別、入院・外来別で作成して下さい。

II 海外受診		健康保険 本人 療養費 一部負担還元金 支給申請書	
健康保険 家族 療養費 家族療養費付加金		情報 二郎	
① 健康保険証の記号と番号	XXX-234	② 被保険者氏名 (請求者)	情報 二郎
③ 被保険者 (請求者) の現住所	〒102-XXXXX 千代田区0003-3-303	④ 生年月日	令和 平成 XX年 XX月 XX日
⑤ 勤務先会社名	(株)000	⑥ 日中連絡のとれる電話番号	自宅 XXX-XXXX-XXXX 携帯 XXX-XXXX-XXXX
⑦ 傷病名	急性気管支炎	⑧ 発病または負傷年月日	令和 XX年 XX月 XX日
⑨ 診療を受けた病院等の名称	000ホスピタル	⑩ 所在地	アメリカ合衆国 ニューヨーク州000
⑪ 診療の内容	診察、投薬	⑫ 診療に要した費用の額	② XXX ドル
⑬ 発病の原因及びその経過	③ 原因不詳、経過良好		
⑭ 診療を受けた期間	令和 元年 7月 3日 から 令和 元年 7月 3日 まで 1日間		
⑮ 業務上または通勤途上によるものですか	はい・いいえ		
⑯ 他人の行為によるものですか	はい・いいえ		
⑰ 渡航期間	令和 元年 7月 1日 から 令和 元年 7月 7日 まで 7日間		
⑱ 渡航目的	① 旅行 出張、出向 ・ その他 ( )		

※④で「はい」と回答された場合は「第三者行為による傷病」をご提出いただく場合があります。  
 在職中の皆様には事業所(会社)経由での給付金の受け取りにご協力いただいております。  
 支払金融機関は記入せずに委任状のみ記入してください。  
 退職者等で被保険者(請求者)の個人口座に受け取りを希望する場合は、支払金融機関を記入し委任状は記入しないでください。

委任状	私は下記の者に療養費の受領を委任します。 令和 元年 8月 1日
給付金	被保険者 住所 千代田区0003-3-303 (請求者) 氏名 情報 二郎
付	(1) 事業主の選定した保険給付金受領代理人 ※(1)、(2)いずれかを○で囲んでください。 (2) (1)以外の代理人(下記に代理人の住所・氏名、下欄の支払金融機関に記入)
状	代理人 住所 氏名
金	銀行・農協 本店 預金種別 信金・信組 支店 普通・当座
取	金融機関コード 店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)
先	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳番号) フリガナ 口座名義

### 添付書類について

■ 医科で受診したとき	①診療内容明細書(様式A) ②領収明細書(様式B) ③領収書の原本 ④「①～③」に対する翻訳文 ⑤海外の医療機関に対して照会を行うこと同意書 ⑥パスポート(写)または航空券(写)
■ 歯科で受診したとき	①歯科診療内容明細書(様式C) ②領収書の原本 ③領収書の翻訳文 ④海外の医療機関に対して照会を行うこと同意書 ⑤パスポート(写)または航空券(写)

※申請にあたっては、別紙「海外療養費を申請する際の注意事項」をご参照ください。



## 海外療養費を申請する際の注意事項

### ■ 海外療養費について

海外旅行や赴任中(業務外)に急な病気やケガでやむを得ず現地の医療機関で診療を受けた場合、申請により一部医療費の払い戻しを受けることができます。

支給対象となるのは、日本国内で診療を受けた場合に健康保険の適用が受けられる治療等(保険診療)に限ります。美容整形やインプラントなど、日本国内で保険診療とならない医療行為や投薬を受けた場合は全額自己負担となります。なお、はじめから治療目的で海外へ渡航した場合は支給対象外となります。

### ■ 申請書の作成について

- ・ 受診者別・受診月別で申請書を作成してください。
- ・ 複数の医療機関で受診した場合は医療機関別に申請書を作成してください。
- ・ 入院・外来で受診した場合は同一医療機関であっても別々に申請書を作成してください。

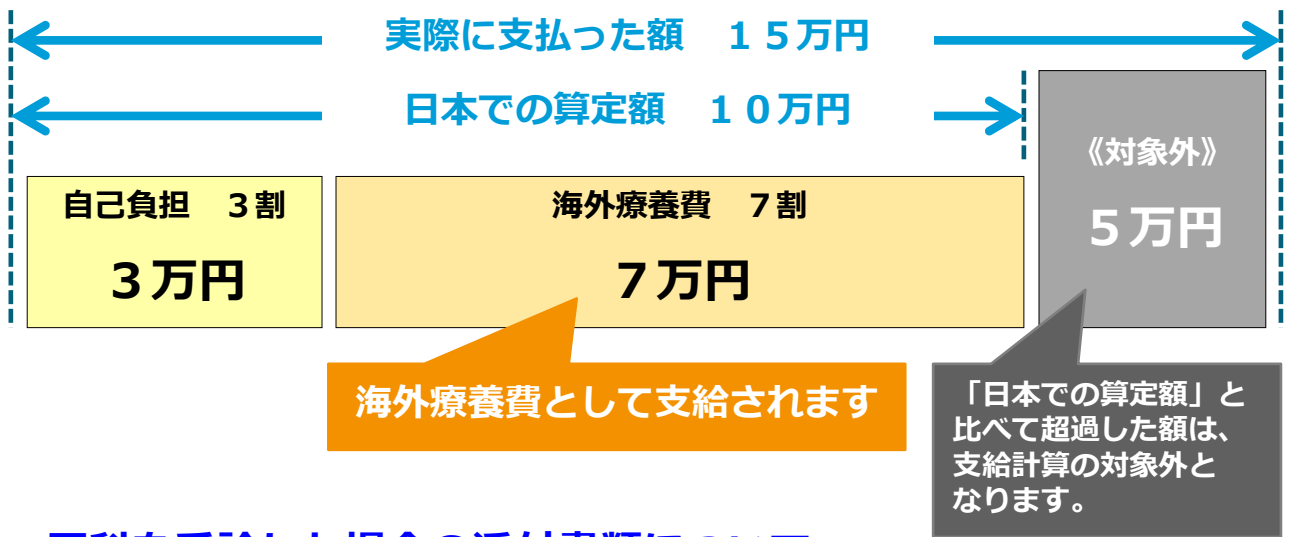
### ■ 支給額について

「海外療養費」の支給額は、海外で実際に支払った額の7割または8割をお支払するものではありません。日本国内の医療機関等で、同じ傷病を治療した場合にかかる治療費を基準に計算した額(実際に海外で支払った額の方が低いときはその額)から自己負担相当額(患者負担分)を差し引いた額を支給します。

**そのため、海外で支払った医療費の総額から自己負担相当額を差し引いた額よりも、支給額が大幅に少なくなることがあります。**

なお外貨で支払われた医療費については、支給決定を行う日の外国為替換算率(売りレート)により円に換算し、支給額を決定します。





## ■ 医科を受診した場合の添付書類について

- ① 「診療内容明細書（様式A）」 ・ ・ ・ ・ ・ 現地の担当医師が記入
- ② 「領収明細書（様式B）」 ・ ・ ・ ・ ・ 現地の担当医師が記入
- ③ 領収書の原本
- ④ 全ての添付書類に対する翻訳文 ・ ・ ・ ・ ・ 翻訳者が記入  
※本人による翻訳も可  
※翻訳文には翻訳者の住所・氏名を記入し捺印をしてください。
- ⑤ 海外に渡航した事実が確認できる書類（航空券・パスポート等）の写し
- ⑥ 海外の医療機関に対して療養内容の照会を行うことの同意書

## ■ 歯科を受診した場合の添付書類について

海外で歯科を受診した場合、上記申請書類の②に代わり「歯科診療内容明細書（様式C）」を添付してください。治療部位・傷病名・処置の概要が明確にわかる書類を添付してください。

## ■ 医師による証明について

傷病名・診療日数・症状の概要・治療内容・手術処置名・使用薬剤名・使用薬剤量等についてそれらが明確にわかる書類を添付してください

# ③ 装具を作ったとき

## 記入例

<b>Ⅲ 治療用装具</b>	<b>健康保険 ① 本人</b>	<b>療養費</b>	<b>一部負担還元金</b>	<b>支給申請書</b>
	<b>家族</b>		<b>家族療養費付加金</b>	

① 健康保険証の記号と番号 XXX-345	② 被保険者氏名(請求者) 情報 三郎	③ 生年月日 令和 平成 XX 年 XX 月 XX 日
④ 被保険者(請求者)の現住所 〒102-XXXXXX 千代田区0004-4-404	⑤ 勤務先会社名 株式会社 〇〇〇	⑥ 日中連絡のとれる電話番号 自宅 XXX-XXXX-XXXX 携帯 XXX-XXXX-XXXX
⑦ 家族が療養を受けた場合はその方の氏名 氏名	⑧ 生年月日 昭和 平成 年 月 日	⑨ 被保険者との続柄
⑩ 傷病名 左アキレス腱断裂	⑪ 発病または負傷年月日 令和 元年 7 月 5 日	
⑫ 診療を受けた病院等の名称 〇〇〇病院	⑬ 所在地 千代田区006-7-8	
⑭ 診療の内容 診察、装具の装着	⑮ 診療に要した費用の額 XXXX 円	⑯ ② XXXX 円
⑰ 発病の原因その経緯 ① 平日にサッカーの練習中、転倒し負傷。装具装着後、痛みがやわらいた。	⑱ 診療区分 入院・(外傷)	⑲ 装具装着 令和 元年 7 月 6 日
⑳ 診療を受けた期間 令和 元年 7 月 6 日 から 令和 元年 7 月 6 日 まで 1 日間	㉑ 入院の場合、入院期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	
㉒ 業務上または通勤上によるものですか はい・いいえ	㉓ 他人の行為によるものですか はい・いいえ	
㉔ 療養費を支給申請する理由(該当する番号に○) ① 治療用装具を購入、装着したため ② 小児弱視等の治療用眼鏡・コンタクトレンズを購入したため ③ 術後に発生する四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等を購入したため ④ その他 ( )		

※㉔で「はい」と回答された場合は「第三者行為による傷病名」をご提出いただく場合があります。

在職中の皆様には事業所(会社)経由での給付金の受け取りにご協力いただいております。支払合點機関欄は記入せずに委任状欄のみ記入してください。

退職者等で被保険者(請求者)の個人口座に受け取りを希望する場合は、支払合點機関欄を記入し委任状欄は記入しないでください。

※①で「はい」と回答された場合は「第三者行為による傷病名」をご提出いただく場合があります。

在職中の皆様には事業所(会社)経由での給付金の受け取りにご協力いただいております。支払合點機関欄は記入せずに委任状欄のみ記入してください。

退職者等で被保険者(請求者)の個人口座に受け取りを希望する場合は、支払合點機関欄を記入し委任状欄は記入しないでください。

※①で「はい」と回答された場合は「第三者行為による傷病名」をご提出いただく場合があります。

在職中の皆様には事業所(会社)経由での給付金の受け取りにご協力いただいております。支払合點機関欄は記入せずに委任状欄のみ記入してください。

退職者等で被保険者(請求者)の個人口座に受け取りを希望する場合は、支払合點機関欄を記入し委任状欄は記入しないでください。

① 本人または家族に○をして下さい。

② 装具製作所の領収書に記載されている金額を記入して下さい。

③ 外傷性の怪我の場合は、  
・いつ  
・どこで  
・どのような状況で負傷されたのか具体的に記入して下さい。

④ 装具製作所の領収書に記載されている領収年月日を記入して下さい。

### 添付書類について

<p>■ 医師の指示により治療用装具を作成したとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 装具製作所の領収書の原本 ※領収書に装具の明細が記載されておらず別紙で渡されている場合は、装具の明細も添付してください。</li> <li>● 医師の意見書(証明書)の原本</li> </ul> <p><b>[靴型装具を作成した場合]</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 作成した靴型装具の写真 ※TJ Kホームページに掲載されている「貼付用台紙」を使用して提出してください。</li> </ul>
-------------------------------	---

意見書

患者住所	千代田区〇〇〇4-4-404		
患者氏名	情報 三郎	生年月日	昭和××年××月××日

疾患名	左アキレス腱断裂
-----	----------

入院外来の別	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来
--------	---

上記の治療疾患のため

短下肢装具A-6

の装着の必要を認めます。

令和元年10月6日

装着証明書

上記の者は、上記診断による装具を装着したことを証明する。

令和元年10月6日

医療機関	所在地	千代田区〇〇6-7-8
	名称	〇〇〇病院
	電話番号	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇

医師名	〇〇□□子	医師印
-----	-------	-----

医師の証明日

★ここをチェック！★  
領収日は医師の証明日以降ですか？

領収書

情報 三郎 様

××××円

短下肢装具A-6	基本価格A-6探型	××××円
	6.0%	△△△円

令和元年10月6日

△△△製作所  
△△作 印

装具代の領収日

# ④ 小児用眼鏡を作ったとき

## 記入例

○字句を訂正する場合は、削った字句を抹消しての欄の印を押し、その上に記入してください。	<b>Ⅲ 治療用器具</b>		健康保険 本人 療養費 一部負担還元金 支給申請書 家族 家族療養費付加金	
	① 健康保険証の記号と番号	記号と番号	② 被保険者氏名 (フリガナ)	④ 印
	XXX-345		ショウホク シロウ	情報 四郎
	③ 被保険者 (請求者) の現住所	〒	⑤ 被保険者氏名 (請求者)	生年月日
	千代田区0005-5-505	102-XXXX	情報 四郎	昭和 平成 XX年 XX月 XX日
	⑥ 勤務先会社名	⑦ 家族が療養を受けた場合の氏名	⑧ 発病または負傷年月日	被保険者との続柄
	株000	情報 たろう	昭和 平成 XX年 XX月 XX日	長男
	⑨ 病名	⑩ 診療を受けた病院等の名称	⑪ 診療に要した費用の額	⑫ 診療区分
	弱視、遠視性乱視	000病院	XXXX 円	入院 (外診)
	⑬ 病の原因及び経過	⑭ 診療を受けた期間	⑮ 器具装着	
	原因不詳、着用により生活全般で不便がなくなった。	令和元年7月6日から令和元年7月6日まで 1日間	令和元年 7月 6日	
	⑯ 療養費を支給申請する理由 (該当する番号に○)	⑰ 家族が療養を受けた期間	⑱ 他人の行為によるものですか	
	1. 治療用器具を購入、装着したため 2. 小児弱視等の治療用眼鏡・コンタクトレンズを購入したため 3. 術後に発生する四肢のリハビリ治療のための弾性着衣等を購入したため 4. その他 ( )	令和元年7月6日から令和元年7月6日まで 1日間 入院の場合、入院期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間	はい (いいえ)	はい (いいえ)
	※①で「はい」と回答された場合は「第三者行為による傷病費」をご提出いただく場合があります。			
	在職中の皆様には事業所(会社)経由での給付金の受け取りにご協力いただいております。支払金動機欄は記入せずに委任状欄のみ記入してください。			
退職者等で被保険者(請求者)の個人口座に受け取りを希望する場合は、支払金動機欄を記入し委任状欄は記入しないでください。				
受付日付印				
委任状	私は下記の者に療養費の受領を委任します。 令和元年8月1日			
給付	被保険者 (請求者)	住所 千代田区0005-5-505	(印)	
付金	氏名 情報 四郎			
状	(1) 事業主の選定した保険給付金受領代理人 ※(1)、(2)いずれかを○で囲んでください。			
金	(2) (1)以外の代理人(下記に代理人の住所・氏名、下記の支払金動機欄に記入)			
取	住所			
受	代理人			
払	氏名			
金	銀行・農協 信金・信組	本店 支店	預金種別	
取	金庫機関コード	店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)	普通・当座	
先	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳番号)	フリガナ		
関		口座名義		

- 1 本人または家族に○をして下さい。
- 2 眼鏡の領収書に記載されている金額を記入して下さい。
- 3 眼鏡の領収書に記載されている領収年月日を記入して下さい。

### 添付書類について

<p>■ 医師の指示により弱視等治療用眼鏡を作成したとき</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 眼鏡の領収書の原本</li> <li>● 医師の意見書(証明書)の写し</li> <li>● 眼鏡の処方箋の写し</li> </ul>
----------------------------------	--

※申請にあたっては28ページの小児(9歳未満)治療用眼鏡等の療養費支給における注意事項をご参照ください。

コピー

### 弱視等治療用眼鏡等作成指示書

氏名 情報 たらう 年齢 5才 男・女  
住所 東京都千代田区〇〇〇5-5-505

I. 書類(○で囲む) **眼鏡**  
コンタクトレンズ(ハード・ソフト)

#### II. 度数及び用法

1眼鏡

	S(球面)	C(円柱)	A(軸)	近用加入度	D(〇〇〇〇)	用法
R	+4.50	-5.00	180°		25mm	遠用・近用
L	+4.25	-4.00	180°		25mm	遠近両用

1コンタクトレンズ

	用法
R	遠用・近用・遠近両用
L	

#### III. 備考(眼鏡を必要とする理由)

1疾病名

弱視 遠視性乱視

2治療を必要とする症状及び患者の検査結果

右視力:

0.1 (矯正 0.5)

上記疾病に伴い  
治療・訓練目的の為、  
眼鏡装用を要する

左視力:

0.1 (矯正 0.4)

**令和元年10月6日**

医療機関 〇〇〇病院  
医師氏名 〇〇 〇〇子



医師の作成指示日

コピー

### 眼鏡処方箋

情報 たらう 様 5才

遠用	SPH	CYL	AXIS	PRISM	BASE	P.D
R	+4.50	-5.00	180°			50
L	+4.25	-4.00	180°			mm

近用	SPH	CYL	AXIS	PRISM	BASE	P.D
R						
L						mm

令和元年10月6日

千代田区〇〇7-8-9  
〇〇〇病院  
医師 〇〇 〇〇子



原本

### 領収書

情報 たらう 様

**令和元年10月6日**

¥ × × × × -

但 治療用眼鏡代として

〒105-×××× 東京都新宿区△△1-1-1

TJK眼鏡店

領収印

眼鏡代の領収日

※ 眼鏡処方箋(検査結果のわかるもの)は作成指示書で兼ねる場合があります

★ここをチェック!★

領収日は作成指示日以降ですか?

## 小児（9歳未満）治療用眼鏡等の療養費支給における注意事項

### ■ 対象疾病

- ①弱視            ②斜視            ③先天性白内障術後の屈折矯正

### ■ 添付書類

- ① 療養担当に当たる保険医の治療用眼鏡等の作成指示書写し
- ② 治療用眼鏡等を作成し、又は購入した際の領収書（費用額を証する書類） **原本**
- ③ 患者の検査結果写し

### ■ 更新（再作成）

- ・ 0～4歳 前回作成指示日から 1年以上経過 していること
- ・ 5～8歳 前回作成指示日から 2年以上経過 していること

### ■ 支給上限額 ※上限を超える金額は算定対象外

#### 基準変更【令和元年10月1日より】

領収日が令和元年9月30日まで

**38,461円**

【0歳～6歳(未就学児)】

30,768円（8割相当）

【6歳(就学児)～8歳】

26,922円（7割相当）



領収日が令和元年10月1日以降

**38,902円**

【0歳～6歳(未就学児)】

31,121円（8割相当）

【6歳(就学児)～8歳】

27,231円（7割相当）



## ⑤ はり・きゅう、あん摩・マッサージの 施術を受けるとき

はり・きゅう、あん摩・マッサージの施術を受ける場合は、施術費用をご自身で全額立て替えたのち、健康保険の対象となる場合は施術費用の一部を「療養費」としてTJKへ請求することができます。主として慢性病で「保険医療機関等で療養の給付を受けても所期の効果が得られなかったもの、または今までに受けた治療の経過からみて治療効果があらわれていない」が、はり・灸の施術を行うことにより、治療上の効果が得られると医師が認めた場合、6ヵ月を限度としてかかることができます。

医師が治療の必要性を認めた場合に限るため、申請する場合は医師の同意書（原本）を添付してください。治療が長期に渡る場合は、6ヵ月ごとに医師の同意書（原本）の添付が必要です。

### ≪健康保険が適用されるのは以下の傷病名のみ≫

はり・きゅう・・・1.神経痛 2.リウマチ 3.腰痛症  
4.五十肩 5.頸腕症候群 6.頸椎捻挫後遺症

あん摩・マッサージ・・・1.関節拘縮 2.筋麻痺

★ 同一疾患に対して医療機関で治療を受けている場合は、併用してはり・灸、あん摩・マッサージの施術を受けた場合にTJKへ療養費の請求をすることはできません。

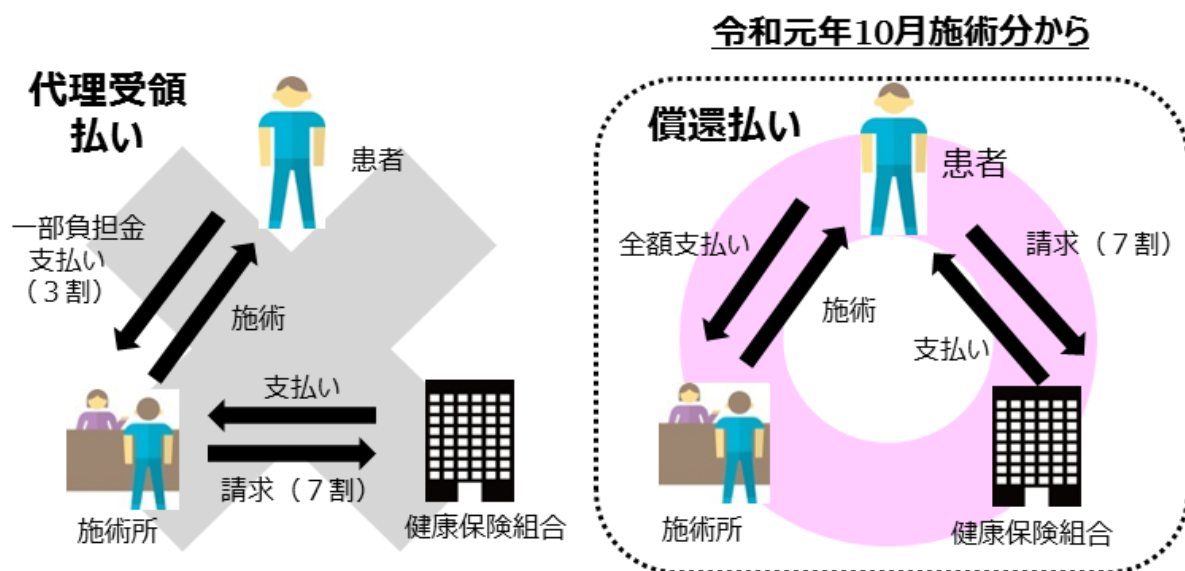
### 申請書類

- ①療養費支給申請書
- ②領収書原本
- ③医師の施術同意書
- ④〔施術継続の再同意のため①の施術内容欄の「施術報告書交付料」が算定されている場合〕  
施術報告書（写し）

## 療養費支払い方法を償還払いに統一

はり・きゅう、あんま・マッサージ施術の療養費は、施術を受けた方自身が一旦全額支払ったうえで、健康保険組合へ療養費（7～9割）の請求をする方法（償還払い）と、保険証提示により本人負担分（1～3割）を支払い、残りは施術所より健康保険組合に請求を行う方法（代理受領払い）が併存しておりました。

しかしながら今般、厚生労働省からの通知により「代理受領払い」が廃止となった為、TJKでは支払い方法を令和元年10月施術分より、一旦全額支払ったうえで請求する「償還払い」に統一する事となりました。



### 療養費申請から支払いまでの流れについて

- ① 施術を受けた方自身が請求内容を確認し施術料の全額を施術所で支払い「領収書」を受け取ります
- ② 施術所より施術内容等の証明を受けます（療養費支給申請書内に記載）
- ③ 申請書類を揃え、ご提出ください
- ④ 当組合で審査後、指定の口座へお支払いいたします。



健康保険証の 記号と番号 ※	記号 XXX - XXXX	番号 XXXX	療養を受けた方 の氏名 (フリガナ) <b>ショウホウ ハナコ</b> 情報 花子	続柄 妻
	生年月日 (平・令××年××月××日)			
傷病名	五十肩		発症又は負傷の原因及びその経過	五十肩
発病または 負傷年月日	(平・令×年×月×日)	業務上・外、第三者 行為の有無	<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input checked="" type="checkbox"/> その他	
初療年月日	施術期間		実日数	請求区分
(平・令×年×月×日)	(平・令×年×月×日)	(平・令×年×月×日)	4日	新規・ <b>継続</b>
傷病名	1.神経痛 2.リウマチ 3.頸腕症候群 <b>④</b> 五十肩 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他( )			転 帰 <b>継続</b> 治癒・中止・転医
初検料	1.はり 2.はり(電療料) 3.きゅう 4.きゅう(電療料) 5.はりきゅう併用 <b>⑥</b> はりきゅう併用(電療料)			摘要
施 術 者 記 入	はり	円×	回=	円
	はり(電療料)	円×	回=	円
	きゅう	円×	回=	円
	きゅう(電療料)	円×	回=	円
	はり・きゅう併用	円×	回=	円
	はり・きゅう併用(電療料)	<b>1,550</b> 円×	<b>4</b> 回=	<b>6,200</b> 円
費用額計				<b>6,200</b> 円
施術日 通院○ 往療◎	××月 1 2 3 4 5 6 <b>⑦</b> 8 9 10 11 12 13 <b>⑭</b> 14 15 16 17 18 19 20 <b>⑰</b> 21 22 23 24 25 26 27 <b>⑳</b> 28 29 30 31			
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		令和××年××月××日		
免許登録番号	XXXXXXXX	はり師	住所 〒XXX-XXXX 東京都中野区ZOO1-1-1	
免許登録番号	XXXXXXXX	きゅう師	電話 XX(XXXX)XXXX	氏名 <b>東中野 太郎</b> <b>印</b>
同意記録	同意医師の氏名 <b>西新橋 一郎</b>	医療機関 名称 <b>西新橋病院</b> 所在地 <b>東京都港区ZOO2-2-2</b>	初・再同意年月日 (平・令×年×月×日)	傷病名 <b>五十肩</b> 要加療期間

**ポイント**  
支払額は合ってますか？領収書は添付！

**ポイント**  
印漏れ注意！

支 払 金 融 機 関	金融機関コード	0000	店番号 (ゆうちょ銀行の場合は3ケタの選択記号)	フリガナ <b>ショウホウ シロウ</b>	預金種別 普通・当座
	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合は3ケタの選択番号)	XXXXXX	フリガナ <b>ショウホウ シロウ</b>	口座名義 <b>情報 次郎</b>	
	銀行・農協 信金・信組	△△	本店 支店		

・マイナンバーにより申請される方は※欄へ記入してください

健康保険証の 記号と番号 ※	記号	番号	療養を受けた方 の氏名	フリガナ	ショウホク ハナコ	続柄
	XXX - XXXX		情報 花子			妻
傷病名	脳梗塞		発症又は負傷の原因及びその経過	体幹機能障害(関節拘縮)		
発病または 負傷年月日	(平) 令 X 年 X 月 X 日		業務上・外、第三者 行為の有無	<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input checked="" type="checkbox"/> その他		
初療年月日	施術期間		実日数	請求区分		
(平) 令 X 年 X 月 X 日	(平) 令 X 年 X 月 X 日 - (平) 令 X 年 X 月 X 日		4日	新規・継続		
傷病名又は症状	体幹機能障害(関節拘縮)			転帰 <input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 治癒・中止・転医		
施術者 記入欄	マッサージ	躯幹 285 円× 4 回 = 1,140 円 右上肢 285 円× 4 回 = 1,140 円 左上肢 285 円× 4 回 = 1,140 円 右下肢 285 円× 4 回 = 1,140 円 左下肢 285 円× 4 回 = 1,140 円	摘要 継続 治癒・中止・転医			
	変形徒手矯正術	円× 肢× 回 = 円				
	温電法	円× 回 = 円				
	温電法・電気光線器具	110 円× 4 回 = 440 円				
	往療料 4kmまで	円× 回 = 円				
	往療料 4km超	円× 回 = 円				

**ポイント**  
支払額は合ってますか？ 領収書は添付！

6.140 円

通院 往療	XX月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		
令和 XX 年 XX 月 XX 日		
免許登録番号	住所 〒 XXX - XXXX 東京都中野区 001 - 1 - 1	電話 XX (XXXX) XXXX
XXXXXXXX	あん摩マッサージ指圧師 氏名 東中野 太郎	<b>印</b>
同意記録	同意医師の氏名 西新橋 一郎	医療機関 名称 西新橋病院 所在地 東京都港区 002-2-2
	初・再同意年月日 (平) 令 X 年 X 月 X 日	傷病名 脳梗塞

被保険者記入欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。	令和 XX 年 XX 月 XX 日
東京都情報サービス産業健康保険組合 理事長 殿	住所 〒 XXX - XXXX 東京都千代田区 003-3-3	電話 自宅 XX (XXXX) XXXX
被保険者 (申請者) 氏名 情報 次郎	携帯 XXX (XXXX) XXXX	<b>印</b>

被保険者の個人口座をご記入ください。施術師への委任払は行ってありません。

支払金融機関	〇〇 (銀行) 農協 信金・信組	△△ (本店) 支店	預金種別 (普通・当座)
金融機関コード	〇〇〇〇	店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)	〇〇〇
口座番号 (ゆうちょ銀行の場合は8ケタの通帳番号)	XXXXXX	フリガナ	ショウホク シロコ
	口座名義	情報 次郎	

**ポイント**  
印漏れ注意！

\*マイナンバーにより申請される方は※欄へ記入してください

## ⑥ 接骨院・整骨院で施術を受けるとき

接骨院・整骨院は、健康保険法で規定された保険医療機関ではありません。施術を行う柔道整復師は医師ではないため、健康保険の適用となるのは「急性」「外傷性」のケガのみです。単なる肩こり、腰痛や筋肉疲労・筋肉痛の改善を目的としたマッサージなどは健康保険の適用になりません。

### ≪健康保険が適用されるのは5つのケガのみ≫

①打撲 ②捻挫 ③挫傷（肉離れ等）④骨折 ⑤脱臼

（④・⑤は、応急手当て以外は医師の同意が必要）

### ≪健康保険が適用されず自費となる主な例≫

- (1) 日常生活や加齢などによる疲労や肩こり・腰痛・五十肩・体調不良等
- (2) スポーツによる筋肉疲労・筋肉痛の改善を目的としたマッサージ
- (3) 医師の同意のない骨折や脱臼の施術（応急処置を除く）
- (4) 負傷原因が不明で症状の改善がみられない痛みやこり
- (5) 医療機関で同一部位の治療を受けながら、並行して接骨院・整骨院でも施術を受ける場合
- (6) 病気（神経痛・リウマチ・関節炎・ヘルニア等）からくる痛みやこり
- (7) 出産後の骨盤矯正
- (8) 漫然とした長期に渡る施術
- (9) 業務上や通勤退勤途上のケガ（労災保険扱いとなります）

★自費の施術であるにもかかわらず誤って健康保険証を使用して施術を受けた場合、TJKが負担した施術費用を返還していただく事になるためご注意ください。

## 《健康保険で施術を受けるときの注意》

接骨院・整骨院での施術費用は、原則として一旦全額を自己負担し、事後にTJKに申請して還付を受ける「療養費」の取り扱いとなります。しかし、都道府県と協定を結んでいる接骨院・整骨院においては、療養費の支給申請を柔道整復師に委任できるため、**保険医療機関と同様に一部負担額を支払えば施術を受けられるしくみ**になっています。健康保険証を使って施術を受ける場合は、以下の点にご注意ください。

- (1) **必ず健康保険証を提示する**
- (2) **負傷内容（負傷した部位・時間・場所・理由・症状等）を正確に伝える**
- (3) **接骨院・整骨院からTJKへの誤請求・不正請求の原因になるため「療養費支給申請書」への白紙署名や印鑑を渡すことはせず、負傷内容、日数、金額など記載内容を確認して、自分で署名・捺印する**
- (4) **領収書を保管しておく**
- (5) **TJKから照会があった場合に回答できるように施術内容等をメモしておく**

## 《施術内容の照会について》

TJKでは医療費適正化の一環として、接骨院・整骨院からの誤った施術内容による請求や不適正な請求を防止するため、施術を受けた方に負傷原因等の照会をさせていただく場合がありますので回答にご協力ください。

(様式第5号)

# 柔道整復施術療養費支給申請書

令和元年 9月分

都道府県 番号	13	施術機関 コード	
保 険 者 名	東京都情報サービス産業健康保険組合		
保 険 者 番 号	06137418		
記号・番号	×××・□□□□		

1. 単社	2. 本人	8. 高一	給付割合	10・9
2. 2併	4. 六歳	0. 高7		8・7
3. 3併	6. 家族			

**ポイント**  
 負傷の原因が、業務災害・通勤災害・第三者行為以外の原因ですか？

被保険者の氏名 情報 六郎 住所 東京都中野区東中野〇-〇-〇

療養を受けた者の氏名 情報 はなこ 生年月日 1男 1明 2大 2女 3昭 4平 ××年×月×日 負傷の原因 休日、勢いよく起き上がった時に腰に痛みがはしり、かばいながら眼鏡をとろうとした際にサイドボードに腕をぶつけた

負 傷 名	負傷年月日	初検年月日	施術開始年月日	施術終了年月日	実日数	転 帰
(1) 腰部捻挫	1・9・17	1・9・18	1・9・18	1・9・18	1	治癒・中止・転医
(2) 左前腕部挫傷(下部)	1・9・17	1・9・18	1・9・18	1・9・18	1	治癒・中止・転医

**ポイント**  
 施術を受けた部位は一致していますか？  
 施術日・日数は合っていますか？

(3)						治癒・中止・転医
(4)						治癒・中止・転医
(5)						治癒・中止・転医

経過 良好 請求区分 新規 継続

施術日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

初検料	1,460 円	初検料 相談支援料	円	再検料	円	注療料	円	計	1,460 円
-----	---------	--------------	---	-----	---	-----	---	---	---------

加算(休日・深夜・時間外)	円	加算(夜間・悪路・暴風雨)	円	計	円
---------------	---	---------------	---	---	---

整理料・固定料・治療料	(1) 760 円	(2) 760 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円	計	1,520 円
-------------	-----------	-----------	-------	-------	-------	---	---------

部 位	減 額 %	減 額 開 始 日	後 療 料 円 回	冷 電 法 料 円 回	温 電 法 料 円 回	電 療 料 円 回	計 円	多 額 位 計 円	長 期 計 円
(1)	100	—		1	85		85	—	85
(2)	100	—		1	85		85	—	85
(3)	80	—						0.6	
	100	—						—	
(4)	80	—						0.6	
	100	—						—	

**ポイント**  
 支払額は合っていますか？ もらった領収書は保管！  
 (保険適用額を領収書で確認しましょう！)

合 計	3,150 円
一部負担金	945 円
請求金額	2,205 円
※	円

支払区分 ① 振込 ② 銀行送金 ③ 当地払	預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段	金融機関 TJK 銀行 千代田 本店 支店 支所 金庫 農協	刃ガナ 口座 名義 口座 番号	サンカク マルオ △△△ ○○男 5555***	登録記号番号 契 13×××××-×-0
---------------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------	--------------------------------	-------------------------

上記のとおり施術したことを証明します。  
 令和 元年 9月 18日  
 〒 102-xxxx  
 所在地 東京都千代田区×××3-3-3  
 施術所 名称 △△△接骨院  
 TEL 03-3239-xxxx  
 柔道 刃ガナ サンカク マルオ  
 整復師 氏名 △△△ ○○男


上記請求に基づく給付金の受領方を左記の者に委任します。  
 令和 元年 9月 18日  
 住所 (上記住所欄と同じ)  
 被保険者氏名 情報 六郎

**ポイント**  
 記載内容を確認し、被保険者氏名を受診者が記入しましたか？

# 【Ⅲ】記入の注意事項（各給付金共通）


## ■ 給付金の受領を代理人に委任するとき（在職者等）

各請求書に設けられている「委任状」欄に請求者（被保険者本人）の住所・氏名を記入し、請求印（請求者氏名記入欄わきに捺印した印）と同一の印を捺印し、「（1）事業主の選定した保険給付金受領代理人」を丸で囲んでください。

保 險 給 付 金 受 取 先	委 任 状	私は下記の者に当該給付金の受領を委任します。 <span style="float: right;">平成 29年 4月 1日</span>		
		被保険者 (請求者) 住所 千代田区〇〇〇4-4-404 氏名 情報 一郎 <span style="float: right;">(申請書と同一印)</span>		
	<input checked="" type="radio"/> (1) 事業主の選定した保険給付金受領代理人 <span style="float: right;">※(1)、(2)いずれかを○で囲んでください。</span> (2) (1)以外の代理人(下記に代理人の住所・氏名、下欄の支払金融機関に記入)			
	住所 代理人 氏名			
支 払 金 融 機 関	銀行・農協 信金・信組 <span style="float: right;">本店 支店</span>		預金種別 普通・当座	
	金融機関コード	店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)		
	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合 は8ケタの通帳番号)	フリガナ	口座名義	

## ■ 給付金の受領を個人（請求者）払いにするとき（退職者等）

請求者の指定した口座に直接振込みます。銀行名・支店名・口座番号等を正しく記入してください。

保 險 給 付 金 受 取 先	委 任 状	私は下記の者に当該給付金の受領を委任します。 <span style="float: right;">平成 年 月 日</span>		
		被保険者 (請求者) 住所 氏名 <span style="float: right;">(申請書と同一印)</span>		
	(1) 事業主の選定した保険給付金受領代理人 <span style="float: right;">※(1)、(2)いずれかを○で囲んでください。</span> (2) (1)以外の代理人(下記に代理人の住所・氏名、下欄の支払金融機関に記入)			
	住所 代理人 氏名			
支 払 金 融 機 関	〇〇 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">銀行</span> ・農協 信金・信組 <span style="float: right;">△△ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">本店</span> 支店</span>		預金種別 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">普通</span> ・当座	
	金融機関コード	0 0 0 0 店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)	0 0 0	
	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合 は8ケタの通帳番号)	× × × × × × × ×	フリガナ ジョウホウ イチロウ 口座名義 情報 一郎	



## **【Ⅳ】 よくあるご質問 Q&A**

**① 限度額適用認定証 編**

**② その他 編**

## ～①限度額適用認定証 編～

### Q1 限度額適用認定証はどのように申請すればよいですか？

郵送または窓口<sup>○</sup>に直接提出してください。

※会社を経由せずに被保険者から直接TJKへ提出していただけます

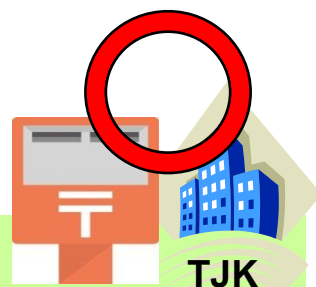
HP トップページ→「限度額適用認定証の申請はこちら」をクリック  
→申請書をダウンロード。必要事項を記入・捺印しご提出してください。

【郵送・窓口提出先】

〒102-8017 東京都千代田区富士見1-12-8  
TJKプラザ

東京都情報サービス産業健康保険組合 給付グループ宛  
平日9:00～18:00

※被保険者以外の代理人が申請書を窓口<sup>○</sup>に提出し「限度額適用認定証」を受取る場合は、あらかじめ委任状欄に記入・捺印された申請書を持参してください。代理人の身分証明書(免許証など顔写真付のもの)を確認のうえで交付します。



電話やFAXではお受けできません。  
ご注意ください。

### Q2 添付書類は必要ですか？

添付書類は不要です。申請書のみご提出ください。ただし、低所得者用の申請書を提出する場合は被保険者の「非課税証明書」を添付してください。

### Q3 申請書を提出すると、どの程度の期間で手元に届きますか？

<TJK窓口<sup>○</sup>に提出した場合>

10分程度で発行手続きを行い、**当日窓口**でお渡しします。

※被保険者以外の代理人が「限度額適用認定証」を受取る場合で委任状欄への記入がなかったり、代理人の身分証明書の提示がないときは窓口でのお渡しができないため、郵送受付と同様の取扱いとなります。

<郵送で提出した場合>

TJKで申請書を受付けたのち2～3日(営業日)以内に「限度額適用認定証」を作成し簡易書留郵便で発送します。提出から1週間程度での到着が目安です。送付先は**ご自宅**または申請書に記載された**送付希望先**のいずれかとなります。



## Q4 限度額適用認定証を提示しなかった場合と提示した場合は、医療機関の窓口で支払う自己負担額はどの程度違いますか？

参考例【資料14ページ】の場合 総医療費 700,000円

### <医療機関の窓口で支払う自己負担額>

- ①限度額適用認定証を提示しなかった場合 . . . 210,000円
- ②限度額適用認定証を提示した場合 . . . 84,430円

※提示をしなかった場合であっても、①と②の差額は「高額療養費」として付加金とともに給付するため、最終的な自己負担額は提示の有無に関わらず同額となります。給付金は概ね受診月の3ヶ月後にTJKから会社へ自動払いでお支払します。

## Q5 社員が緊急入院しました。限度額適用認定証は「事前申請」とのことですが、入院後や退院後でも申請することができますか？

基本的には事前申請ですが、以下のような場合は事後申請であっても交付いたします。

- ①医療機関から「退院日までの提示」でよいと了承を得たため入院中に申請した
- ②医療機関へ限度額適用認定証の申請手続中であることを伝えたところ、退院後に限度額適用認定証が交付されてから精算することとなったため退院後に申請した

なお、限度額適用認定証はTJKが申請書を受理した月の1日から有効な証を作成するため、前月へ遡っての作成を希望する場合は備考欄へその旨をご記入ください。

- (例) 2月に退院したが1月分の入院費用が未精算の場合  
「1月分が未精算のため、1月から使える認定証を作成してください」

## Q6 交付された限度額適用認定証は返却する必要がありますか？

下記に該当した場合は破棄せず、速やかにご返却ください。

- ・有効期限が切れた場合
- ・会社を退職した場合
- ・必要がなくなった場合
- ・記載内容に変更があった場合

※有効期限を経過した後も継続して交付を希望する場合や、記載内容(住所欄を除く)に変更が生じ再交付を受ける場合は「限度額適用認定証」を返却いただくとともに再度申請書を提出してください。

## ～②その他 編～

### Q1 給付金は診療を受けてからどの程度の期間で自動払いされますか？ また支給決定通知書はいつ頃届きますか？

概ね受診月の3ヶ月後に会社の給付金受領代理人口座（給付金専用口座）へお振込みします。

会社控の「給付金送金のお知らせ」と本人控の「保険給付金支給決定通知書」を併せて、**支払日の前日にTJKから会社へ発送**します。「保険給付金支給決定通知書」は給付金とともに被保険者へお渡しください。

### Q2 高額療養費・付加金の申請をする際、申請書はいつ提出すればよいですか？

該当月の翌月以降にご提出ください。被保険者からTJKへ直接ご提出いただけますが、会社へ提出があった場合はすぐにTJKへご提出ください。

### Q3 高額療養費・付加金の申請について、退職する社員には何を説明すればよいですか？

【資料15ページ】参照 退職する前3ヶ月以内の受診分は自動払いとならないため、**自己負担額が20,000円を超える医療費の負担(※)**がございましたら、高額療養費・付加金の申請が必要となることをお伝え下さい。

※人ごと・月ごと・医療機関ごと(ただし医科・歯科、入院・外来別)の自己負担が20,000円を超えた場合(ただし100円未満切捨て、1,000円未満不支給)。

### Q4 医療費助成を受けている社員がいますが、届け出は必要ですか？

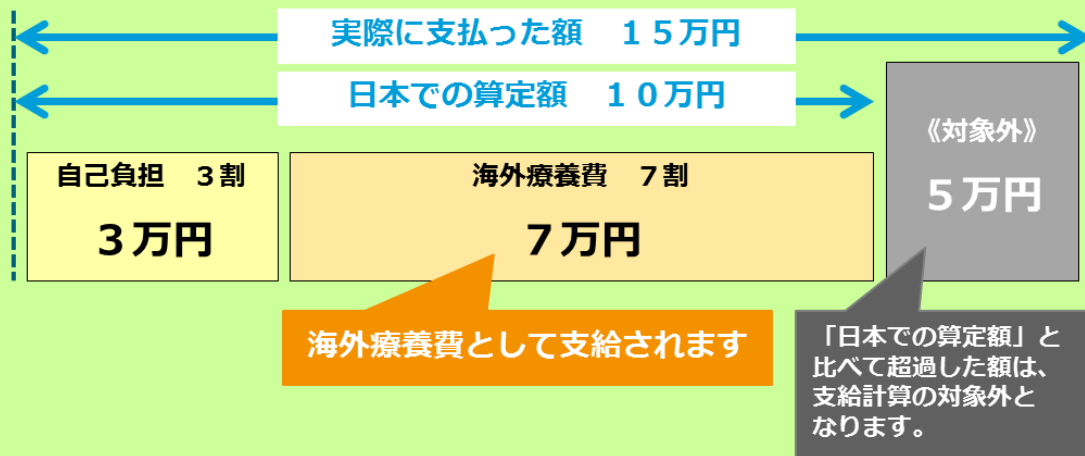
【資料9・10ページ】参照 「医療費助成制度該当届」に**医療証(券)の両面コピー**を添付し給付グループへ提出するようお伝えください。

※医療機関の窓口で負担がないにも関わらず、届出が遅れたり、届出を行わなかった等の理由で自動払いにより給付金を受取られた場合、TJKに給付金をお返しいただくこととなります。広報誌やホームページでお知らせしておりますが、併せて事務ご担当者様から社員の方へのご周知をお願いします。

## Q5 社員から海外旅行中に病気になり海外療養費を申請したら支払った医療費の額よりTJKから給付された金額が少ないと質問がありました。なぜですか？

【資料21～23ページ】参照「海外療養費」の支給額は海外で実際に支払った額の7割または8割をお支払するものではなく、日本国内の医療機関等で同じ傷病を治療した場合にかかる治療費を基準に計算した額（実際に海外で支払った額の方が低いときはその額）から自己負担相当額（患者負担分）を差し引いた額です。

なお、外貨で支払われた医療費については、支給決定日の外国為替換算率（売レート）を用いて円に換算し支給額を算出します。



## Q6 療養費を申請した際の領収書は返却してもらえますか？

提出された領収書は返却することができません。必要であれば提出をする前にコピーを取る等の対応をお願いします。

手続き等で領収書が必要な場合は、返却をする代わりに「領収書原本証明書」を交付します。証明依頼書により被保険者からご依頼ください。

トップページ> 届出書・申請書の印刷> 給付関連（各種給付金）> その他 証明依頼書 必要事項を記入・捺印しご提出ください。

## Q7 社員から整骨院(接骨院)の施術に関して照会文書が届いたと質問がありました。何のために送付しているのですか？

組合員の方が整骨院(接骨院)で施術を受けた場合、適正な給付を行うことを目的に、施術内容や施術経過についてTJKから被保険者のご自宅宛で照会文書を送付させて頂く場合があります。

【資料34ページ】参照 整骨院(接骨院)での施術費用の全てが健康保険の適用とはならないことから、柔道整復師からの請求内容に誤りがないか確認をさせていただきます。

社員の方からお問い合わせがありましたら、ご協力をいただきますようお願いください。  
※ガリバー・インターナショナル(株)を通じて照会をさせていただきます。

# 【V】社員や家族が交通事故などにあつたとき

## 1. 業務上、通勤途上でないか確認しましょう

業務上や通勤途上のケガ等は労災保険の適用です。健康保険は使用できないため、管轄の労働基準監督署へお問合せください。

## 2. 業務外であつた場合、速やかにTJKへ連絡するよう説明下さい

健康保険は業務外で生じた病気やケガを対象としますが、他人の行為が原因となる病気やケガ(=第三者の行為による傷病)の場合、TJKではなく第三者(=加害者)に医療費を負担する義務が発生します。

第三者の行為によりケガ等をし、健康保険証を提示して治療を受ける場合は、**健康保険証を使用する前にTJKの承認**を受け、「第三者の行為による傷病届」を提出していただくこととなります。

上記書類を提出いただくことにより、TJKは加害者に対する「損害賠償請求権」を取得し、立替えた7割または8割の医療費を加害者へ直接請求することとなります。

※相手がない事故(自損事故)は健康保険の適用ですが、事故の詳しい状況を確認するため自損の場合もTJKへ連絡するようお伝えください。

必要書類については社員の方からご連絡をいただいたのち、事故等の詳細をお伺いしたうえでTJKから郵送させていただきます。

### 提出書類

- 「第三者の行為による傷病届」

### 添付書類

〔自動車事故のとき〕

- 「自動車(交通)事故証明書」
- 「診断書」
- 「治療費等支払い誓約書」
- 死亡のとき・・・「戸籍謄本」および「死亡診断書」
- 示談をしているとき・・・「示談書」の写し

連絡先 03-3239-9817

# 用語索引

資料ページ

あ

## 一部負担還元金

被保険者（本人）の自己負担額に対し、給付する付加給付金の呼称

P 7 9

## 医療費助成制度該当届

2～3割の自己負担額の全部または一部を国や市区町村等から助成を受けている場合に提出していただく届出書

P 9 10

か

## 家族療養費付加金

被扶養者（家族）の自己負担額に対し、給付する付加給付金の呼称

P 7 9

## 給付金受領代理人口座

TJKからの給付金を受け取るために事業所様に開設していただいている給付金受取専用口座

P 3 9

## 現役並み所得者

70～74歳の標準報酬月額28万円以上の被保険者（本人）

P 3 6 11 12

## 健康保険限度額適用・標準負担額減額申請書

低所得者 [非課税の被保険者(本人)]の方用の自己負担額と食事標準負担額の減額用申請用紙

P 11 13

## 健康保険限度額適用認定申請書

課税被保険者(本人)用の高額療養費相当額を負担しないための申請用紙

P 11 12

## 限度額適用認定証

2～3割の自己負担額を限度額負担にするための所得区分を医療機関にお知らせする証

P 11 12 14

## 高額療養費

2～3割の自己負担から自己負担限度額を引いた健康保険法で定められた給付金の呼称

P 5 6 11 15

## 高齢受給者証

70歳から74歳の方の自己負担割合(2または3割)が表示された証 保険証とともに医療機関等で提示必須（被保険者の年齢や報酬によって異なる）

P 11

さ

## 自己負担・自己負担額

病院・調剤薬局等の窓口で支払う保険適用の2～3割の負担額

P 3 5 6 7 8 14

## 自己負担限度額

所得区分と総医療費に基づいて計算される、病院・調剤薬局等での支払額

P 5 6 8 11 14

## 自動払

毎月10日・20日・末日に、2～3割または限度額の自己負担に対し、申請不要のTJKからの給付方法

P 9 15

## 柔道整復療養費

柔道整復師の施術に対し支払う給付（本来、一旦10割負担の立替後に申請により給付する7～8割分を柔道整復師に直接支払）

P 31

## 小児用眼鏡

9歳未満の弱視・斜視・先天性白内障術後の屈折矯正のための治療用眼鏡

P 26 27 28

## 総医療費

保険適用の10割分の医療費 自己負担限度額の計算に必要な

P 5 6 7 8 14

た

## 低所得者 非課税の被保険者(本人)

P 5 6 11

は

## 被扶養者 本人に扶養されている家族

P 3 8 18

## 被保険者 会社に勤務している本人

P 3 5 6 7 9

## 標準負担額(=食事標準負担額)

入院時に負担する1回460円の食事代 給付対象外の費用

P 5 11

## 標準報酬月額

保険料や保険給付の計算をする時に用いるもので、事業主から被保険者が受ける報酬をいくつかの幅(等級)に区分した仮の報酬月額

P 5 11

## 付加給付(=付加金)

健康保険法に準じた給付のみならず、TJK独自で行う給付または給付金（大きなメリット！！）

P 7 8 14

## 法定給付

健康保険法に準じた給付または給付金

P 5

ら

## 療養の給付(=現物給付)

保険証を提示して受ける「治療行為」としての給付（総医療費の7～8割相当）

P 17

## 療養費(=現金給付)

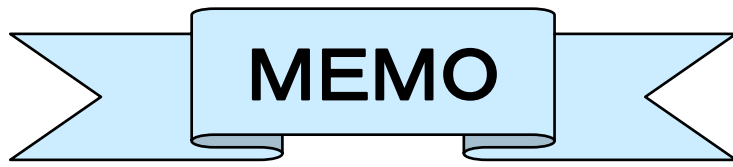
医療機関の窓口での10割負担、または治療用装具、小児眼鏡代金等を健康保険組合へ申請書を提出して受ける給付

P 17

## レセプト(=診療報酬明細書)

人ごと・月ごと・医療機関ごと（医科・歯科別、入院・通院別）でTJKに請求される医療機関からの医療費請求書

P 3 5 9 20



**[問合せ先]給付グループ03-3239-9817**