

◆医療機関等で、健康保険の資格が確認できず、10割負担したとき

必要書類	備考
療養費支給申請書	月ごと、医療機関・薬局ごとに作成してください。
診療内容を記載した証明書 ※原本	診療明細書 ※原則、領収書と一緒に発行されます。 発行されていない場合は、医療機関・薬局に確認してください。
領収書（領収明細書） ※原本	診療に要した費用を証明した領収書

◆他の健康保険の資格で、医療機関を受診したため、医療費の返還をしたとき

必要書類	備考
療養費支給申請書	月ごと、医療機関・薬局ごとに作成してください。
診療報酬明細書	医療費を返還した健康保険から交付された診療報酬明細書 ※封かんされているときは開封せずに提出してください。
領収書 ※原本	医療費を返還した健康保険から交付された領収書 ※医療機関発行の領収書は提出不要です。

◆臍帯血・骨髄等を搬送したとき

必要書類	備考
療養費支給申請書	
領収書 ※原本	搬送に要した費用を証明した領収書
医師または歯科医師の意見書 ※原本	傷病名、搬送理由、搬送先、区間（詳細な経路）、期間、回数 以上の事項を記載した意見書

《提出先》

	健康保険の記号	提出先
KMI籍の方	133	東京サイト八王子 HCT 人事サービス部 社会保険担当宛
KMJ籍の方	912	東京サイト八王子 HCT 人事サービス部 KMJ社会保険担当宛
KMグループ会社の方	133・912以外	KMグループ各社（本社）人事・総務部門
退職者（任意継続）	990	コニカミノルタ健康保険組合

《支給日について》

健康保険組合が、申請書を受け付けた月の翌月25日に支給されます。	
在職者	: 会社経由にて給与振込です。
退職者（任意継続）	: 健康保険組合からお振込みします。

《支給額等の連絡について》

KOSMO Webへ登録済の方には、メールが送信されます。（毎月15日）

未登録の方には、特にご連絡はいきませんのでご注意ください。

※在職者は、金額のみ給与明細で確認ができます。 項目名：健保付加金

KOSMO Web <https://kosmoweb.jp/>

- ・過去にログインしたことがあり、ユーザIDまたはパスワードを忘れた方は、KOSMO Webのログイン画面左下にある「IDを忘れた方はこちら」「パスワードを忘れた方はこちら」より確認できます。
※初回ログイン時に、ご自身が登録したメールアドレスを入力しないと、確認はできません。
※「konicaminolta.jp」で登録されている場合もありますので、ご確認ください。
- ・過去にログインしたことがなく、ユーザID・パスワードが分からない方は、再発行申請をしてください。

KOSMO Web ユーザID・パスワード再発行申請

《支給決定通知書について》

KOSMO Webにてご確認ください。

KOSMO Web <https://kosmoweb.jp/>

※健康保険組合が、申請書を受け付けた月の翌月15日以降、ご確認ください。

《自治体等の医療費助成を申請される方》

ご提出いただいた領収書等（原本）は、返却することができません。

自治体等の医療費助成の申請のため、領収書・明細書等が必要な場合は、療養費を申請する前にコピーをお取りください。

医療費助成の申請には、「支給決定通知書」が必要な場合があります。

KOSMO Webより印刷できますので、ご利用ください。

ユーザID・パスワードが分からない場合は、再発行申請をしてください。

※申請方法は《支給額等の連絡について》をご参照ください。

《確定申告（医療費控除）をされる方》

ご提出いただいた領収書等（原本）は、返却することができません。

確定申告（医療費控除）で領収書が必要な場合は、療養費を申請する前にコピーをお取りください。

《申請期限》

健康保険の給付を受ける権利は、2年で時効となります。時効の起算日は以下のとおりです。

申請内容	消滅時効の起算日
医療機関等で、健康保険の資格が確認できず、10割負担したとき	医療機関に医療費等を支払った日の翌日
他の健康保険の資格で、医療機関を受診したため、医療費の返還をしたとき	診療を受けた日の翌日
臍帯血・骨髄等を搬送したとき	搬送に要した費用を支払った日の翌日

記入例：療養費 支給申請書（立替払等）

※申請書は、月ごと・医療機関ごと・種別ごとに作成してください。
※ご提出前に、記入漏れ(空欄)・記入間違いがないか、ご確認ください。

1	【確認欄】
☒	この届出については、1. または2. の要件を満たしたものである。 1. 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 2. 記載内容については申請者本人が誤りがないか確認をしている。

1 【確認欄】
申請書は本人（被保険者）が作成してください。提出する際、✓を忘れずをお願いします。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書（立替払等）
家 族

【注意事項】 ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
二重線の近くに、被保険者によるフルネームのサインまたは押印が必要です。

2 被保険者情報	被保険者等の	記号	***	番号	****	
	被 保 険 者	氏名	健保 太郎			
		生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 ** 年 ** 月 ** 日			
	住所 電話番号	〒 192 - **** 東京都八王子市〇〇町1-2 電話番号 **** - **** - **** ※日中の連絡先				

2 【被保険者情報】
家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名などをご記入ください。

3 【記号・番号】
「資格情報のお知らせ」、「マイナポータル」、「資格確認書」に記載されています。枝番の記入は必要ありません。

申請内容	① 受診者	☐ 被保険者 ☒ 家族（被扶養者）		被保険者との続柄	
	家族の場合はその方の	氏名	健保 二郎		
		生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和 ** 年 ** 月 ** 日		
	② 傷病名	右手首ねん挫		③ 発病または負傷年月日 ☐ 平成 ☒ 令和 ** 年 5 月 23 日	
	④ 発病の原因および経過	④ 部活動中に転倒し手をついた際にひねってしまった。			
	⑤ 診療を受けた医療機関等の	名称	〇〇市立病院	医師等の氏名	〇〇 〇〇
		所在地	東京都〇〇市〇〇3-4		
	⑥ 種別	⑥ ☐ 入院 ☒ 外来 ☐ 薬局			
	⑦ 診療を受けた期間	⑦ 令和 ** 年 5 月 23 日 ~ 令和 ** 年 5 月 31 日 2 日間			
	⑧ 療養に要した費用の金額	⑧ 9,800 円			
⑨ 診療の内容	⑨ 診察、湿布薬処方				
⑩ 療養費の支給申請の理由	☒ 医療機関等で、健康保険の資格が確認できず、10割負担したため ☐ 他の健康保険の資格を使用して、医療機関を受診し、医療費を返還したため				

4 【原因および経過】
負傷（ケガ）の場合、「いつ」「どこで」「何をしている時に」など、できるだけ詳しくご記入ください。

5 【医療機関等】
複数ある場合は、医療機関・調剤薬局ごとに作成してください。調剤薬局の場合は、「医師等の氏名」は空欄にしてください。

6 【種別】
「入院」と「外来」など複数ある場合は、種別ごとに申請書を作成してください。

7 【診療を受けた期間】
診療を受けた期間の始めと終わりの日をご記入ください。
日数は診療を受けた日の数をご記入ください。
月をまたいで診療を受けた場合は、月ごとに申請書を作成してください。

9 【療養費の支給申請の理由】
該当理由を選んでください。
治療用装具・治療用眼鏡・弾性着衣の申請は、「療養費支給申請書（治療用装具等）」をご使用ください。

8 【金額】
領収書に記載されている金額をご記入ください。

記入漏れ(空欄)・記入間違いがある場合、ご返却させていただくことがあります。
ご提出前に、記入内容のご確認をお願いいたします。