

#### ◆保険証を持参せず、医療機関を受診したとき

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

#### ◆以前加入していた健康保険の保険証で、医療機関を受診したとき

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》

	保険証の記号	提出先
KMI本籍の方	133	東京サイト八王子 HBA 人事サービス部 社会保険担当宛
KMグループ会社の方	133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》

医療費通知Webシステム（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：健保給付金

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

→ログインID・パスワードが分からない場合は、健康保険組合へメールでご連絡ください。

送付先： kenpo-com@konicaminolta.com

件名： 「医療費通知Webシステム 仮ID・パスワード再発行依頼」

本文： ①保険証の記号・番号

②名前（フルネーム）

③生年月日 ※会社のメールアドレス以外から送信する場合のみ必要

## 《支給決定通知書について》

医療費通知Webシステム（KOSMO Web）より、各自で印刷をお願いします。

**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日から印刷できます。

## 《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。

医療費通知Webシステム（KOSMO Web）から印刷できますので、ご利用ください。

ログインID・パスワードが分からない場合は、健康保険組合宛にメールでご連絡ください。

※連絡方法は《[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。

**記入例： 療養費 支給申請書（立替払等）**

- ※ **記入漏れ・記入間違いのないように、作成をお願いします。**
- ※ **申請書は、月ごと・医療機関ごと・種別ごとに作成をお願いします。**

<b>1</b>	<b>確認欄</b>	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。 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 <input type="checkbox"/> 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。

<b>2</b> 被 保 険 者 情 報	被保険者証の <b>3</b>	記号	***	番号	****	
	被 保 険 者	氏 名	<b>健保 太郎</b>			
		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ** 年 ** 月 ** 日			
	住 所 電 話 番 号	〒	<b>192 - ****</b>		<b>東京都八王子市〇〇町1-2</b>	
	電 話 番 号	<b>042 - *** - ****</b>		※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】**  
保険証に記載されている「記号」「番号」を正確にご記入ください。

<b>申 請 内 容</b>	① 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<b>健保 二郎</b>		<b>子</b>
		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ** 年 ** 月 ** 日		
	② 傷病名	<b>右手首ねん挫</b>		③ 発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 ** 年 5 月 23 日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和
	④ 発病の原因 および経過	<b>4 部活動中に転倒し手をついた際にひねってしまった。</b>			
	⑤ 診療を受けた 医療機関等の	名 称	<b>〇〇市立病院</b>	医師等の氏名	<b>〇〇 〇〇</b>
		所在地	<b>東京都〇〇市〇〇3-4</b>		
	⑥ 種別	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 薬局			
	⑦ 診療を受けた 期間	令和 ** 年 5 月 23 日 ~ 令和 ** 年 5 月 31 日 <b>2</b> 日間			
	⑧ 療養に要した 費用の金額	<b>8 9,800</b> 円			
⑨ 診療の内容	<b>診察、湿布薬処方</b>				
⑩ 療養費の支給申請の理由	<input type="checkbox"/> 入社（または申請）して間もなく、被保険者証が届いていなかったため <input checked="" type="checkbox"/> 保険者証を持参せず、医療機関を受診したため <input type="checkbox"/> 誤って前加入健保の保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> その他 ( )				

**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。**