



各種申請利用者画面



# 目次

## 申請詳細

1. 傷病手当金 ..... P 3～P 9
2. 出産手当金 ..... P10～P15
3. 家族埋葬料 ..... P16～P21
4. 療養費 ..... P22～P27
5. 移送費 ..... P28～P33
6. 出産育児一時金 ..... P34～P39
7. 海外療養費 ..... P40～P46
8. 限度額適用認定証 ..... P47～P49
9. 特定疾病療養受療証 ..... P50～P53

# 1.【利用者画面】傷病手当金支給申請

## 申請TOP画面

※実際の画面とは異なる場合があります。

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 傷病手当金支給申請

### 傷病手当金支給申請

申請者	被保険者の申請になります。
申請方法	<p>このサイトの申請画面に申請をすると事業主に提出されます。不備等があります。※申請には医師の証明が必要です。事前に下記のPDFを印刷して医師の記入と押印をもらってください。</p> <p><a href="#">【傷病手当金請求書(療養担当者記入用)】</a></p> <p>※初回申請の際は下記の書類も必要です。</p> <p><a href="#">【第一回請求に伴う報告書】</a></p> <p>※資格喪失後期間の初めての申請の際は、別途書類が必要です。詳細はリクルート健康保険組合のホームページをご確認ください。</p> <p><a href="https://kempo.recruit.co.jp/member/application/rest_b.html">https://kempo.recruit.co.jp/member/application/rest_b.html</a></p>
注意事項	<p>申請することができ、支給されるのは、</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医師の指示による療養のために今現在、</li> <li>3. 連続3日以上休んでいること。</li> <li>※続けて休んだ場合は、初めの3日間は給料等をもらえます。</li> <li>4. 給料等をもらっていること。</li> </ol> <p>※給料等をもらっていない場合は、お休みの期間が経過した後に改めて申請してください。</p> <p>療養が長期に渡る場合は、約1ヶ月程度の期間でご請求ください。</p> <p>審査の状況によって、追加で書類を提出していただく場合があります。追加書類の提出等については、郵送にてご依頼することがあります。</p> <p>審査の結果、支給されないこともあります。</p> <p>審査が完了しましたら、通知書を送付します。支給の可否詳細は通知書にてご確認ください。</p>

①事前にPDFを印刷し、医師の記入、押印、証明を受けてください。

②上記①の書類、他必要添付書類を画像データ（写真・スキャン）にして、申請する端末に保存してから申請を始めてください。

療養が長期に及ぶ場合、約1ヶ月毎でご申請ください。

複数月まとめて同時での申請はできません。

1回の申請が承認後、新たに申請ができます。

複数月同時にご提出ご希望の方は、書面にて申請ください。

（書類は1ヶ月毎にご準備ください）。

申請する

## 届出・申請の履歴



※PDFファイルをご覧いただくためには、無料のAdobe® Reader®が必要です。お持ちでない場合は、左のアイコンをクリックしてダウンロードしてください。

届出・申請TOPへ

※傷病手当金の申請は申請すると事業主に提出され、事業主より健康保険組合に申請されます。不備等があった場合、事業主から連絡が入ることがあります。

# 1.【利用者画面】傷病手当金支給申請

この申請について

※実際の画面とは異なる場合があります。

[TOP](#) > [各種申請・申込](#) > [給付・請求に関する申請](#) > 傷病手当金支給申請

## 傷病手当金支給申請

### この申請について

下記の項目をご確認いただき、全てにチェックをつけて次へ進むを押してください。

前画面のPDF「傷病手当金請求書」のアップロードが可能です。

本項目を全て確認、了承（✓）したうえで、次へ進んでください。

前画面の申請方法、注意事項について確認した。

←前へ戻る

次へ進む→

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

## 申請者情報

[TOP](#) > [各種申請・申込](#) > [給付・請求に関する申請](#) > 傷病手当金支給申請

## 傷病手当金支給申請

### 申請者情報

申請者の情報を入力してください。

申請者	テスト 太郎	
連絡先：電話番号	<input checked="" type="radio"/> 登録済の電話番号を使用する	09012345678
	<input type="radio"/> 新規に登録する	
連絡先：メールアドレス	※メールアドレスの変更は、各種設定から行ってください。	test@test

←前へ戻る

次へ進む→

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

# 1.【利用者画面】傷病手当金支給申請

## 申請内容入力

※実際の画面とは異なる場合があります。

### 傷病手当金支給申請

#### 申請内容

申請内容を入力してください。

傷病名と初診日	傷病名 (1)	胃潰瘍
	初診日 (1)	2025/02/05
	傷病名 (2)	
傷病名と初診日	初診日 (2)	yyyy/mm/dd
	傷病名 (3)	
	初診日 (3)	yyyy/mm/dd
該当の傷病	<input checked="" type="radio"/> 病気 発病の原因 ストレス	
第三者行為によるものですか？	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
療養のため休んだ期間 (申請期間)	2025/02/05 ~ 2025/03/04 29 日間	
あなたの仕事の内容 (具体的に)	事務としてデータ抽出、資料作成、電話対応など <small>※最大全角50文字まで入力</small>	
上記期間の報酬	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	
上記期間の労務 (アルバイト等を含む)	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	
「障害厚生年金」または「障害手当金」の支給	<input type="radio"/> 障害厚生年金を受給している	
	<input checked="" type="radio"/> 障害手当金を受給している	
	傷病名	
	基礎年金番号	
	年金コード	
支払開始年月日	yyyy/mm/dd	
年金額		
<input type="radio"/> 申請中 <input type="radio"/> 受給していない		

必要項目を全て入力し、添付書類をアップロードしてください。

発病・負傷の原因は分かる範囲で入力ください。

療養が長期に渡る場合は約1ヶ月毎に申請ください。

「事務」等だけではなく具体的に入力ください。

年齢または退職事由の公的年金の受給 <span style="color: red; font-weight: bold;">必須</span>	<input type="radio"/> 受給している
	<input type="radio"/> 申請中
	<input checked="" type="radio"/> 受給していない
休業補償給付 <span style="color: red; font-weight: bold;">必須</span>	<input type="radio"/> あり
	<input type="radio"/> 労災・損害賠償等申請中
	<input checked="" type="radio"/> なし
住所 <span style="color: red; font-weight: bold;">必須</span>	郵便番号 <span style="color: red; font-weight: bold;">必須</span> ※ハイフンなしの半角数字（7桁） 1006640 <input type="button" value="検索"/>
	都道府県 <span style="color: red; font-weight: bold;">必須</span> 東京都
	市区町村番地 <span style="color: red; font-weight: bold;">必須</span> ※全角入力 千代田区丸の内グラントウキョウサウスタワー
	建物名・部屋番号など <span style="color: red; font-weight: bold;">任意</span> ※全角入力 *マンション名・アパート名等がある方は、必ず入力してください（漏れていますと、宛名不完全のため届かないことがあります）。
添付書類 <span style="color: red; font-weight: bold;">必須</span>	shoubyouteate_seikyuusyo.pdf <input type="button" value="削除"/> <input type="button" value="ファイルを選択"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・傷病手当金請求書（療養担当者記入用） 該当の方は下記書類も添付ください。</li> <li>・初回申請の方 第一回請求に伴う報告書</li> <li>・資格喪失後期間の初回申請の方 健康保険</li> </ul> <p>※アップロード可能な画像は「jpg,jpeg,png」                  ※1枚あたり10MBまでアップロード可能です                  ※ファイル名称は、半角英数字と記号「-」                  ※ファイル名にスペースは使用できません。                  ※画像の文字が読み取れない等不備があった</p>

通知書や不備・追加書類の依頼等の郵送物が届く住所を入力ください。

療養担当者記入の請求書は申請の都度、第一回請求に伴う報告書は初回申請時、その他条項に応じた書類をアップロードしてください。  
 ※画像の文字が読み取れない等の不備がある場合は、受理できませんので、鮮明な画像をアップロードしてください。再度ご提出いただく場合がありますので、原本は保管してください。

# 1.【利用者画面】傷病手当金支給申請

## 振込口座入力

※実際の画面とは異なる場合があります。

### 振込先口座情報

振込先口座情報を入力してください。

公金受取口座を選択した場合、  
給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、  
給付日が遅れることがあります。

公金受取口座	必須	<input type="radio"/> 公金受取口座を利用する <input checked="" type="radio"/> 公金受取口座を利用しない
振込先指定口座名義	必須	<input checked="" type="radio"/> 申請者名義の口座に振込 <input type="radio"/> 代理人名義の口座に振込
振込先指定口座	必須	<input type="radio"/> ゆうちょ銀行の口座に振込 <input checked="" type="radio"/> ゆうちょ銀行以外の口座に振込 銀行名称 必須 <input type="button" value="選択する"/> <input type="text"/> 銀行コード <input type="text"/> 支店名称 必須 <input type="radio"/> 支店名を選択して指定する <input type="radio"/> 支店コードから指定する 預金種類 必須 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> 貯蓄 口座番号 必須 ※半角数字7桁 <input type="text"/> 口座名義 必須 ※半角カタカナ <input type="text"/>

←前へ戻る

確認画面へ

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ



# 1.【利用者画面】傷病手当金支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

## 傷病手当金支給申請（申請完了）

傷病手当金支給申請が完了しました。

審査完了後、審査結果については、通知書を郵送にて送付します。内容、金額、振込日など詳細については、通知書をお待ちください。

不備や追加書類等がある場合、事業主もしくは健康保険組合よりメール、電話、郵送にてご連絡をさせていただきます。

添付ファイルの画像が読み取れない等の場合は、再度ご提出いただきますので、添付書類については、保管のほどお願い致します。

[この申請TOPへ](#)

[届出・申請TOPへ](#)

こちらで申請は完了です。  
事業所を經由して健康保険組合に申請されます。

不備等がありましたら、事業主・健康保険組合より  
メール、電話、郵送等で連絡が入ることがございます。

審査が完了しましたら、通知書を郵送にて送付いたしますので、  
詳細はそちらをお待ちください。

## 2.【利用者画面】出産手当金支給申請

### 申請TOP画面

※実際の画面とは異なる場合があります。

[TOP](#) > [各種申請・申込](#) > [給付・請求に関する申請](#) > 出産手当金支給申請

#### 出産手当金支給申請

申請者	被保険者の申請になります。
申請方法	このサイトの申請画面に必要な項目を入力してください。 ※添付書類として、下記PDFでの医師の証明書の提出が必要です。 事前に下記のPDFを印刷して医師の記入と押印をもらってください。 <a href="#">【出産手当金請求（医師証明用）】</a> 申請をすると事業主に提出され、事業主より勤怠、賃金証明等と合わせて健康保険組合に提出されます。不備等がありましたら事業主から差戻しされることがございます。
注意事項	申請することができるのは被保険者のみです。

- ①事前にPDFを印刷し、医師の記入、押印、証明を受けてください。
- ②上記①の書類、他必要添付書類を画像データ（写真・スキャン）にして、申請する端末に保存してから申請を始めてください。

申請する

#### 届出・申請の履歴



※PDFファイルをご覧いただくためには、無料のAdobe® Reader®が必要です。  
お持ちでない場合は、左のアイコンをクリックしてダウンロードしてください。

届出・申請TOPへ

※出産手当金の申請は申請すると事業主に提出され、  
事業主より健康保険組合に申請されます。  
不備等があった場合、事業主から連絡が入ることがあります。

## 2.【利用者画面】出産手当金支給申請

### この申請について

※実際の画面とは異なる場合があります。

[TOP](#) > [各種申請・申込](#) > [給付・請求に関する申請](#) > [出産手当金支給申請](#)

#### 出産手当金支給申請

本項目を全て確認、了承（✓）したうえで、次へ進んでください。

#### この申請について

下記の項目をご確認いただき、全てチェックをつけて次へ進むボタンを押してください。

前画面のPDF「出産手当金請求（医師証明用）」に医師の記入、押印をもらっており、画像データのアップロードが可能です。

前画面の申請方法、注意事項について確認しました。

←前へ戻る

次へ進む→

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

### 申請者情報

#### 出産手当金支給申請

#### 申請者情報

申請者の情報を入力してください。

申請者	テスト
連絡先：電話番号	<input checked="" type="radio"/> 登録済の電話番号を使用する <input type="text" value="09012345678"/> <input type="radio"/> 新規に登録する
連絡先：メールアドレス	※メールアドレスの変更は、各種設定から行ってください。 <input type="text" value="test@test"/>

←前へ戻る

次へ進む→

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

## 2.【利用者画面】出産手当金支給申請

### 申請内容入力

※実際の画面とは異なる場合があります。

[TOP](#) > [各種申請・申込](#) > [給付・請求に関する申請](#) > 出産手当金支給申請

#### 出産手当金支給申請

##### 申請内容

申請内容を入力してください。

必要項目を全て入力し、  
添付書類をアップロードしてください。

出産予定日	必須	2025/01/10
出産日	必須	2025/01/15
出産のため休んだ期間（申請期間）	必須	2024/11/30 ~ 2025/03/12
休んだ期間（申請期間）に報酬を受けましたか？または今後受けられますか？	必須	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
出生児の数	必須	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎
住所	必須	郵便番号 必須 ※ハイフンなしの半角数字（7桁） 1006640 <input type="button" value="検索"/> 都道府県 必須 東京都 市区町村番地 必須 ※全角入力 千代田区丸の内グラントウキョウサウス 建物名・部屋番号など 任意 ※全角入力 *マンション名・アパート名等がある方は、必ず入力してください（漏れていますと、宛名不完全のため届かないことがあります）。
添付書類	必須	shussanteate_ishi_shoumei.pdf <input type="button" value="削除"/> <input type="button" value="ファイルを選択"/> ・出産手当金請求（医師証明用） ※アップロード可能な画像は「jpg,jpeg,png,gif,pdf」のみとなります。 ※1枚あたり10MBまでアップロード可能です。 ※ファイル名称は、半角英数字と記号「-」のみを使用してください。 ※ファイル名にスペースは使用できません。 ※画像の文字が読み取れない等不備があった場合は、再度ご提出いただけます。

通知書や不備・追加書類の  
依頼等の郵送物が届く住所  
を入力ください。

← 前へ戻る

次へ進む→

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

## 2.【利用者画面】出産手当金支給申請

### 振込口座入力

※実際の画面とは異なる場合があります。

#### 振込先口座情報

振込先口座情報を入力してください。

公金受取口座を選択した場合、  
給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、  
給付日が遅れることがあります。

公金受取口座	必須	<input type="radio"/> 公金受取口座を利用する <input checked="" type="radio"/> 公金受取口座を利用しない
振込先指定口座名義	必須	<input checked="" type="radio"/> 申請者名義の口座に振込 <input type="radio"/> 代理人名義の口座に振込
振込先指定口座	必須	<input type="radio"/> ゆうちょ銀行の口座に振込 <input checked="" type="radio"/> ゆうちょ銀行以外の口座に振込 銀行名称 必須 <input type="button" value="選択する"/> <input type="text"/> 銀行コード <input type="text"/> 支店名称 必須 <input type="radio"/> 支店名を選択して指定する <input type="radio"/> 支店コードから指定する 預金種類 必須 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> 貯蓄 口座番号 必須 ※半角数字7桁 <input type="text"/> 口座名義 必須 ※半角カタカナ <input type="text"/>

←前へ戻る

確認画面へ

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

## 2.【利用者画面】出産手当金支給申請

### 入力内容確認

※実際の画面とは異なる場合があります。

[TOP](#) > [各種申請・申込](#) > [給付・請求に関する申請](#) > 出産手当金支給申請

#### 出産手当金支給申請（入力内容確認）

#### 申請者情報

被保険者等記号 - 番号	9999991-9999991	
申請者	テスト	続柄
連絡先：電話番号	<b>必須</b>	09012345678
連絡先：メールアドレス	<b>必須</b>	test@test

全ての入力内容に誤りが無いか、アップロード画像に誤りが無いか、文字等が鮮明であるか確認ください。

#### 申請内容

出産予定日	<b>必須</b>	2025-01-10															
出産日	<b>必須</b>	2025-01-15															
出産のため休んだ期間（申請期間）	<b>必須</b>	2024-11-30 ~ 2025-03-12															
休んだ期間（申請期間）に報酬を受けましたか？または今後受けられますか？	<b>必須</b>	いいえ															
出生児の数	<b>必須</b>	単胎															
住所	<b>必須</b>	郵便番号: 100-6640 都道府県: 東京都 市区町村番地: 千代田区丸の内グラントウキョウサウスタワー 建物名・部屋番号など:															
添付書類	<b>必須</b>	<p style="text-align: center;">出産手当金請求（医師証明用）</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>出産したものの氏名</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>出産予定日</td> <td>令和 年 月 日</td> <td>出産日</td> <td>令和 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>出生性別</td> <td>男児・女児（人）</td> <td>分娩又は死産の区別</td> <td>出産・死産（区別）</td> <td>日</td> </tr> </table> <p><small>上記の通り期間が正しいことを証明いたします。 令和 年 月 日</small></p> <p><small>医師職員の氏名 医師職員の名称 医師・助産師の氏名</small></p> <p style="text-align: right;"><small>印刷用紙・表紙はPDFをダウンロードしてください</small></p>	出産したものの氏名					出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日		出生性別	男児・女児（人）	分娩又は死産の区別	出産・死産（区別）	日
出産したものの氏名																	
出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日														
出生性別	男児・女児（人）	分娩又は死産の区別	出産・死産（区別）	日													

#### 振込先口座情報

公金受取口座	<b>必須</b>	公金受取口座を利用する
--------	-----------	-------------

←前へ戻る

入力内容を確定する

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

## 2.【利用者画面】出産手当金支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

### 出産手当金支給申請（申請完了）

出産手当金支給申請が完了しました。

審査完了後、審査結果については、通知書を郵送にて送付します。内容、金額、振込日など詳細については、通知書をお待ちください。

不備や追加書類等がある場合、事業主もしくは健康保険組合よりメール、電話、郵送にてご連絡をさせていただきます。

添付ファイルの画像が読み取れない等の場合は、再度ご提出いただきますので、添付書類については、保管のほどお願い致します。

[この申請TOPへ](#)

[届出・申請TOPへ](#)

こちらで申請は完了です。  
事業所を經由して健康保険組合に申請されます。

不備等がありましたら、事業主・健康保険組合より  
メール、電話、郵送等で連絡が入ることがございます。

審査が完了しましたら、通知書を郵送にて送付いたしますので、  
詳細はそちらをお待ちください。

# 3.【利用者画面】家族埋葬料支給申請

申請TOP画面

※実際の画面とは異なる場合があります。

[TOP](#) > [各種申請・申込](#) > [給付・請求に関する申請](#) > 家族埋葬料支給申請

## 家族埋葬料支給申請

**事前に添付書類2点を画像データ（写真・スキャン）にして、申請する端末に保存してから申請を始めてください。**

申請者	被保険者の申請になります。
申請方法	このサイトの申請画面に必要項目を入力し、添付書類の画像データを添付し、申請してください。添付書類として、埋葬許可証または火葬許可証の写しと死亡診断書、死体検案書、検視調書の写しいずれかの合わせて2点が必要です。申請をすると事業主に提出され、事業主より健康保険組合に提出されます。不備等がありましたら事業主から差戻しされることがございます。
注意事項	申請することができるのは被保険者のみです。

申請する

## 届出・申請の履歴



※PDFファイルをご覧いただくためには、無料のAdobe® Reader®が必要です。お持ちでない場合は、左のアイコンをクリックしてダウンロードしてください。

届出・申請TOPへ

**※家族埋葬料の申請は申請すると事業主に提出され、事業主より健康保険組合に申請されます。不備等があった場合、事業主から連絡が入ることがあります。**

# 3.【利用者画面】家族埋葬料支給申請

この申請について

※実際の画面とは異なる場合があります。

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 家族埋葬料支給申請

## 家族埋葬料支給申請

### この申請について

下記の項目をご確認いただき、全てチェックをつけて次へ進むボタンを押してください。

<input checked="" type="checkbox"/> 埋葬許可証または火災許可証のいずれかのいずれか1点、合わせて2点の	<b>本項目を全て確認、了承（✓）したうえで、次へ進んでください。</b>
<input checked="" type="checkbox"/> 前画面の申請方法、注意事項について確認しました。	

←前へ戻る	次へ進む→
この申請TOPへ	届出・申請TOPへ

## 申請者情報

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 家族埋葬料支給申請

## 家族埋葬料支給申請

### 申請者情報

申請者の情報を入力してください。

申請者	テスト 太郎	
連絡先：電話番号	<input checked="" type="radio"/> 登録済の電話番号を使用する	09012345678
	<input type="radio"/> 新規に登録する	
連絡先：メールアドレス	<input checked="" type="radio"/>	<small>※メールアドレスの変更は、各種設定から行ってください。</small> test@test

←前へ戻る	次へ進む→
この申請TOPへ	届出・申請TOPへ

## 申請対象者者情報

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 家族埋葬料支給申請

## 家族埋葬料支給申請

### 申請対象者情報

申請対象者の情報を入力してください。

申請対象者	<small>家族埋葬料支給申請をする方を選択してください。</small> <input checked="" type="radio"/> テスト 太郎 <input type="radio"/> テスト 花子
-------	---

←前へ戻る	次へ進む→
この申請TOPへ	届出・申請TOPへ

**今回の申請対象となる被扶養者の方を選択してください。**

# 3.【利用者画面】家族埋葬料支給申請

## 申請内容入力

※実際の画面とは異なる場合があります。

### 家族埋葬料支給申請

#### 申請内容

申請内容を入力してください。

死亡年月日	必須	2025/03/05
第三者行為によるものですか？	必須	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
死亡原因	必須	死亡原因を選択してください。 胃の悪性新生物
亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方ですか？（右記(1)～(3)に該当）	必須	(1)資格喪失後、3か月以内に亡くなられたとき (2)資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき (3)資格喪失後、(2)の受給終了後、3か月以内に亡くなられたとき <input type="radio"/> 上記(1)～(3)に該当します <input checked="" type="radio"/> 上記(1)～(3)には該当しません
住所	必須	郵便番号 必須 ※ハイフンなしの半角数字（7桁） 1006640 検索 都道府県 必須 東京都 市区町村番地 必須 ※全角入力 千代田区丸の内グラントウキョウサウスタワー 建物名・部屋番号など 任意 ※全角入力 *マンション名・アパート名等がある方は、必ず入力してください（漏れていますと、宛名不完全のため届かないことがあります）。
添付書類		kasoukyokasyou.pdf 削除 shibousinndannsyo.pdf 削除 <input type="button" value="ファイルを選択"/> ・埋葬許可証または火葬許可証 ・死亡診断書、死体検案書、検視調書のい ※アップロード可能な画像は「jpg,jpeg,p ※1枚あたり10MBまでアップロード可能で ※ファイル名称は、半角英数字と記号「-」のみを使用してください。 ※ファイル名にスペースは使用できません。 ※画像の文字が読み取れない等不備があった場合は、再度ご提出いただけます。

必要項目を全て入力し、添付書類をアップロードしてください。

通知書や不備・追加書類の依頼等の郵送物が届く住所を入力ください。

画像の文字が読み取れない等の不備がある場合は、受理できませんので、鮮明な画像をアップロードしてください。再度ご提出いただく場合がありますので、原本は保管してください。

←前へ戻る

次へ進む→

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

# 3.【利用者画面】家族埋葬料支給申請

## 振込口座入力

※実際の画面とは異なる場合があります。

### 振込先口座情報

振込先口座情報を入力してください。

公金受取口座を選択した場合、  
給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、  
給付日が遅れることがあります。

公金受取口座	必須	<input type="radio"/> 公金受取口座を利用する <input checked="" type="radio"/> 公金受取口座を利用しない
振込先指定口座名義	必須	<input checked="" type="radio"/> 申請者名義の口座に振込 <input type="radio"/> 代理人名義の口座に振込
振込先指定口座	必須	<input type="radio"/> ゆうちょ銀行の口座に振込 <input checked="" type="radio"/> ゆうちょ銀行以外の口座に振込 銀行名称 必須 <input type="button" value="選択する"/> <input type="text"/> 銀行コード <input type="text"/> 支店名称 必須 <input type="radio"/> 支店名を選択して指定する <input type="radio"/> 支店コードから指定する 預金種類 必須 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> 貯蓄 口座番号 必須 ※半角数字7桁 <input type="text"/> 口座名義 必須 ※半角カタカナ <input type="text"/>

# 3.【利用者画面】家族埋葬料支給申請

## 入力内容確認

※実際の画面とは異なる場合があります。

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 家族埋葬料支給申請

### 家族埋葬料支給申請（入力内容確認）

#### 申請者情報

被保険者等記号 - 番号	9999991-9999991
申請者	テスト 太郎   〒100-0001   続柄: 本人   生年月日: 1980年01月08日   性別: 男
連絡先: 電話番号	<span style="color: red;">必須</span> 09012345678
連絡先: メールアドレス	<span style="color: red;">必須</span> test@test

#### 申請対象者情報

申請対象者	<span style="color: red;">必須</span> テスト 花子   〒100-0001   続柄:
-------	--

#### 申請内容

死亡年月日	<span style="color: red;">必須</span> 2025-03-11
第三者行為によるものですか?	<span style="color: red;">必須</span> いいえ
死亡原因	<span style="color: red;">必須</span> 他のウィルス性疾患
亡くなられた家族は、退職等により健康保険の資格喪失後に被扶養者の認定を受けた方ですか? (右記(1)~(3)に該当)	<span style="color: red;">必須</span> 上記(1)~(3)には該当しません
住所	<span style="color: red;">必須</span> 郵便番号: 100-6640 都道府県: 東京都 市区町村番地: 千代田区丸の内グラントウキョウサウスタワー 4 0 階 建物名・部屋番号など:

全ての入力内容に誤りが無いか、アップロード画像に誤りが無いか、文字等が鮮明であるか確認ください。

#### 添付書類



#### 振込先口座情報

公金受取口座	<span style="color: red;">必須</span> 公金受取口座を利用する
--------	---

- ← 前へ戻る
入力内容を確定する
- この申請TOPへ
届出・申請TOPへ

## 3.【利用者画面】家族埋葬料支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

### 家族埋葬料支給申請（申請完了）

家族埋葬料支給申請が完了しました。

審査完了後、通知書を郵送にて送付します。内容、金額、振込日など詳細については、通知書をお待ちください。

不備や追加書類等がある場合、事業主もしくは健康保険組合よりメール、電話、郵送にてご連絡をさせていただきます。

添付ファイルの画像が読み取れない等の場合は、再度ご提出いただきますので、添付書類については、保管のほどお願い致します。

[この申請TOPへ](#)

[届出・申請TOPへ](#)

こちらで申請は完了です。  
事業所を經由して健康保険組合に申請されます。

不備等がありましたら、事業所・健康保険組合より  
メール、電話、郵送等で連絡が入ることがございます。

審査が完了しましたら、通知書を郵送にて送付いたしますので、  
詳細はそちらをお待ちください。

# 4.【利用者画面】療養費支給申請

## 申請TOP画面

※実際の画面とは異なる場合があります。

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 療養費支給申請

### 療養費支給申請

**療養費の電子申請が可能な療養費は、治療用装具、はり・きゅう、あんま・マッサージの申請となります。**

申請者	被保険者の申請になります。
申請方法	<p>このサイトの申請画面に必要項目を入力し、添付書類をアップロードして、申請ください。</p> <p>添付書類はそれぞれの申請によって異なります。 下記リクルート健康保険組合のホームページをご確認いただき、添付書類をご準備ください。 【治療用装具】 <a href="https://kempo.recruit.co.jp/member/application/refund_b.html">https://kempo.recruit.co.jp/member/application/refund_b.html</a></p> <p>【はり・きゅう・あんま・マッサージ】 <a href="https://kempo.recruit.co.jp/member/application/refund2_b.html">https://kempo.recruit.co.jp/member/application/refund2_b.html</a> 上記添付書類のほかに、はり・きゅう、あんま・マッサージの申請には、下記PDF「（はり師・きゅう師記入用）療養費支給申請書」または「（あんま師・マッサージ師記入用）療養費支給申請書」も必要です。 事前に下記のPDFを印刷し、はり師、きゅう師、あんま・マッサージ師に記入と押印をもらってください。 「（はり師・きゅう師記入用）療養費支給申請書」 「（あんま師・マッサージ師記入用）療養費支給申請書」</p>
注意事項	<p>医療機関等に全額支払ったWEBでは申請ができません。</p> <p>申請することができるの被扶養者が受診者の場合</p>
備考	<p>【治療用装具】 医療機関から健康保険組合に申請する際は、医療機関等へ照会するのは、受診月（作成指）間を要します。</p> <p>【はり・きゅう】 医療機関との併用受診確認。審査の結果により、一部または全額不支給となる場合があります。医療費の適正化の一環として、鍼灸院等の施術を受けた方に郵送にて書面で照会をさせていただきます。照会状が届きましたら必ずご回答いただくようお願いいたします。必要に応じて施術同意された医師へ照会する場合があります。</p> <p>【あんま・マッサージ】 医療機関との併用受診確認などの審査を行うため、請求月の約3ヵ月後以降から審査を開始します。審査の結果により、一部または全額不支給となる場合があります。医療費の適正化の一環として、マッサージ院等の施術を受けた方に郵送にて書面で照会をさせていただきます。照会状が届きましたら必ずご回答いただくようお願いいたします。必要に応じて施術同意された医師へ照会する場合があります。</p>

**必要添付書類を全て画像データ（写真・スキャン）にして、申請する端末に保存してから申請を始めてください。**

**上記に加え、はり・きゅう、あんま・マッサージについては、事前にPDFを印刷し、はり師・きゅう師、あんま師、マッサージ師に記入、押印、証明をもらった上で、画像データにしてください。**

申請する

## 届出・申請の履歴



※PDFファイルをご覧いただくためには、無料のAdobe® Reader®が必要です。お持ちでない場合は、左のアイコンをクリックしてダウンロードしてください。

届出・申請TOPへ

# 4.【利用者画面】療養費支給申請

## この申請について

※実際の画面とは異なる場合があります。

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 療養費支給申請

### 療養費支給申請

#### この申請について

下記をご確認いただき、全てにチェックをつけて次へ進むを押してください。

<input type="checkbox"/> 前画面の申請方法、注意事項、備考は	<b>本項目を全て確認、了承（✓）したうえで、次へ進んでください。</b>
<input type="checkbox"/> リクルート健康保険組合のホームページにて必要書類を確認し、画像データのアップロードが可能です。	

←前へ戻る	次へ進む→
この申請TOPへ	届出・申請TOPへ

## 申請者情報

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 療養費支給申請

### 療養費支給申請

#### 申請者情報

申請者の情報を入力してください。

申請者	テスト 太郎	
連絡先：電話番号	<input checked="" type="radio"/> 登録済の電話番号を使用する	09012345678
	<input type="radio"/> 新規に登録する	
連絡先：メールアドレス	<input checked="" type="radio"/>	※メールアドレスの変更は、各種設定から行ってください。 test@test

←前へ戻る	次へ進む→
この申請TOPへ	届出・申請TOPへ

## 申請対象者情報

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 療養費支給申請

### 療養費支給申請

#### 申請対象者情報

申請対象者の情報を入力してください。

申請対象者（受診者）	<input checked="" type="radio"/>	療養費を支給申請をする方を選択してください。 <input type="radio"/> テスト 太郎 <input type="radio"/> テスト 花子
------------	----------------------------------	--

←前へ戻る	次へ進む→
この申請TOPへ	届出・申請TOPへ

**今回の申請対象となる受診者の方を選択してください。**

# 4.【利用者画面】療養費支給申請

## 申請内容入力

※実際の画面とは異なる場合があります。

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 療養費支給申請

### 療養費支給申請

#### 申請内容

申請内容を入力してください。

必要項目を全て入力し、添付書類をアップロードしてください。

療養費区分	必須	治療用装具
診療年月	必須	2025年02月
診療を受けた期間	必須	2025/03/04 ~ 2025/03
本人・家族/入院・外来区分	必須	本人外来
医療費総額	必須	12300
住所	郵便番号 必須 ※ハイフンなしの半角数字（7桁）	1006640 <input type="button" value="検索"/>
	都道府県 必須	東京都
	市区町村番地 必須 ※全角入力	千代田区丸の内 Grant ウキョウサウスタ
	建物名・部屋番号など 任意 ※全角入力	
	*マンション名・アパート名等がある方は、必ず入力してください（漏れていますと、宛名不完全のため届かないことがあります）。	
添付書類	<p>【治療用装具】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・領収書、明細内訳書</li> <li>・保険医の意見書</li> </ul> <p>※装具によって添付書類が異なります。リクルート健康保険組合のホームページを確認し準備した書類を添付ください。</p>	
	<p>【はり・きゅう/あんま・マッサージ】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・療養費支給申請書（はり師・きゅう師記入用）</li> <li>・領収書</li> <li>・医師の同意書</li> </ul> <p>上記に加え、該当の方は下記書類も添付</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施術報告書交付料が施術者より徴された場合</li> <li>・初療の日から1年以上経過しており、かつ1ルート健康保険組合のホームページよりダウンロードした「1年以上、施術16日以上施術継続理由・状態記入書（はり・きゅう用またはあんま・マッサージ用）</li> </ul> <p>soucyakussijisyumeisyo.pdf <input type="button" value="削除"/></p> <p>ryousyuusyo.pdf <input type="button" value="削除"/></p> <p><input type="button" value="ファイルを選択"/></p> <p>※アップロード可能な画像は「jpg,jpeg,png,gif,pdf」のみとなります。          ※1枚あたり10MBまでアップロード可能です。          ※ファイル名称は、半角英数字と記号「-」のみを使用してください。          ※ファイル名にスペースは使用できません。          ※画像の文字が読み取れない等不備があった場合は、再度ご提出いただきます。</p>	

【治療用装具】  
 期間：医師から装具等の装着が必要と指示された日をご記入ください（医師が発行した「装着指示証明書」等で確認ください。  
 医療費総額：領収書に記載されている額を入力してください。

【はり・きゅう/あんま・マッサージ】  
 医療費総額：はり師・きゅう師、あんま・マッサージ師が記載している合計金額を入力してください。

通知書や不備・追加書類の依頼等の郵送物が届く住所を入力ください。

画像の文字が読み取れない等の不備がある場合は、受理できませんので、鮮明な画像をアップロードしてください。再度ご提出いただく場合がありますので、原本は保管してください。

← 前へ戻る      次へ進む →

[この申請TOPへ](#)

[届出・申請TOPへ](#)

# 4.【利用者画面】療養費支給申請

## 振込口座入力

※実際の画面とは異なる場合があります。

### 振込先口座情報

振込先口座情報を入力してください。

公金受取口座を選択した場合、  
給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、  
給付日が遅れることがあります。

公金受取口座	必須	<input type="radio"/> 公金受取口座を利用する <input checked="" type="radio"/> 公金受取口座を利用しない
振込先指定口座名義	必須	<input checked="" type="radio"/> 申請者名義の口座に振込 <input type="radio"/> 代理人名義の口座に振込
振込先指定口座	必須	<input type="radio"/> ゆうちょ銀行の口座に振込 <input checked="" type="radio"/> ゆうちょ銀行以外の口座に振込 銀行名称 必須 <input type="button" value="選択する"/> <input type="text"/> 銀行コード <input type="text"/> 支店名称 必須 <input type="radio"/> 支店名を選択して指定する <input type="radio"/> 支店コードから指定する 預金種類 必須 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> 貯蓄 口座番号 必須 ※半角数字7桁 <input type="text"/> 口座名義 必須 ※半角カタカナ <input type="text"/>



## 4.【利用者画面】療養費支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

### 療養費支給申請（申請完了）

療養費支給申請が完了しました。

審査完了後、審査結果については、通知書を郵送にて送付します。内容、金額、振込日など詳細については、通知書をお待ちください。

不備や追加書類等があった場合、メール、電話、郵送にてご連絡をさせていただく場合がございます。添付ファイルの画像が読み取れない等の場合は、再度ご提出いただきますので、添付書類については、保管のほどお願い致します。

[この申請TOPへ](#)

[届出・申請TOPへ](#)

こちらで申請は完了です。

不備や追加書類が必要な場合、健康保険組合よりメール、電話、郵送等で連絡が入りますので、ご確認・ご対応のほどお願いいたします。

審査が完了しましたら、通知書を郵送にて送付いたしますので、詳細はそちらをお待ちください。

# 5.【利用者画面】移送費支給申請

申請TOP画面

※実際の画面とは異なる場合があります。

[TOP](#) > [各種申請・申込](#) > [給付・請求に関する申請](#) > 移送費支給申請

## 移送費支給申請

申請者	被保険者の申請になります。
申請方法	このサイトの申請画面に必要項目を入力し、添付書類の画像データを添付し、申請してください。 ※添付書類として、領収書と下記PDFでの医師または歯科医師の証明が必要です。 事前に下記のPDFを印刷して医師の記入と押印をもらってください。 <a href="#">【移送費申請書（医師証明用）】</a>
注意事項	申請することができるのは被保険者の場合です。 医師が一時的・緊急的な移送の必要が生じた場合に支給されます。 1. 移送の目的である療養が保険診療に該当すること 2. 療養の原因である病気やけがに該当すること 3. 緊急その他やむを得ないこと ※通常の通院費用等、緊急性のない場合は給付対象になりません。
備考	最も経済的な通常の経路および方法により、移送された費用を基準に算定された額（その額が実費を超えた場合は実費）が「移送費」として支給されます。

①事前にPDFを印刷し、医師の記入、押印、証明を受けた上で、画像データ（写真・スキャン）にして、申請する端末に保存してから申請を始めてください。

申請する

## 届出・申請の履歴



※PDFファイルをご覧いただくためには、無料のAdobe® Reader®が必要です。  
お持ちでない場合は、左のアイコンをクリックしてダウンロードしてください。

届出・申請TOPへ

# 5.【利用者画面】移送費支給申請

## この申請について

※実際の画面とは異なる場合があります。

[TOP](#) > [各種申請・申込](#) > [給付・請求に関する申請](#) > 移送費支給申請

### 移送費支給申請

#### この申請について

下記の項目をご確認いただき、全てにチェックをつけて次へ進むを押してください。

<input type="checkbox"/> 前画面のPDF「医師または歯科医師の証明書」印をもらっており画像データのアップロードが完了しています。	<p style="color: red; font-weight: bold;">本項目を全て確認、了承（✓）したうえで、次へ進んでください。</p>
<input type="checkbox"/> 領収書、および明細がわかるものの画像データのアップロードが可能です。	
<input type="checkbox"/> 前画面の申請方法、注意事項、備考について確認しました。	

←前へ戻る
次へ進む→

[TOP](#) > [各種申請・申込](#) > [給付・請求に関する申請](#) > 移送費支給申請

### 移送費支給申請

#### 申請者情報

申請者の情報を入力してください。

申請者	テスト 太郎	
連絡先：電話番号	<input checked="" type="radio"/> 登録済の電話番号を使用する	09012345678
	<input type="radio"/> 新規に登録する	
連絡先：メールアドレス	※メールアドレスの変更は、各種設定から行ってください。 test@test	

←前へ戻る
次へ進む→

この申請TOPへ
届出・申請TOPへ

## 申請対象者情報

[TOP](#) > [各種申請・申込](#) > [給付・請求に関する申請](#) > 移送費支給申請

### 移送費支給申請

#### 申請対象者情報

申請対象者の情報を入力してください。

申請対象者	移送費を支給申請をする方を選択してください。
	<input checked="" type="radio"/> テスト 太郎
	<input type="radio"/> テスト 花子

今回の申請対象となる受診者の方を選択してください。

←前へ戻る
次へ進む→

この申請TOPへ
届出・申請TOPへ

# 5.【利用者画面】移送費支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

## 申請内容入力

[TOP](#) > [各種申請・申込](#) > [給付・請求に関する申請](#) > 移送費支給申請

### 移送費支給申請

#### 申請内容

申請内容を入力してください。

必要項目を全て入力し、添付書類をアップロードしてください。

移送状況(1)	傷病名	: 右大腿骨骨折
	発病または負傷の原因	: 休日に自宅の階段にて転倒
	発病または負傷の年月日	: 2025/03/05
	第三者行為によるものですか?	: <input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
	移送日	: 2025/03/06
	移送回数	: 1
	移送区間 (自)	: ○○クリニック
	移送区間 (至)	: ○○総合病院
	移送費用	: 15000
	移送を必要とする理由 (症状、その他具体的に記入してください)	: 緊急搬送必要も寝たきり状態だった
移送先医療機関名	: ○○総合病院	
利用交通機関名	: タクシー	
住所	郵便番号 必須 ※ハイフンなしの半角数字	1006640
	都道府県 必須	東京都
	市区町村番地 必須 ※全角入力	千代田区丸の内グラントウキョウサウスター
添付書類	建物名・部屋番号など 任意 ※全角入力 *マンション名・アパート名等がある方は、必ず入力してください(漏れていますと、宛名不完全のため届かないことがあります)。	
	isouhi_ishi_shoumei.pdf 削除 ファイルを選択 ・医師または歯科医師の証明書 ・領収書 ・領収書の明細がわかるもの	

通知書や不備・追加書類の依頼等の郵送物が届く住所を入力ください。

画像の文字が読み取れない等の不備がある場合は、受理できませんので、鮮明な画像をアップロードしてください。再度ご提出いただく場合がありますので、原本は保管してください。

# 5.【利用者画面】移送費支給申請

## 振込口座入力

※実際の画面とは異なる場合があります。

### 振込先口座情報

振込先口座情報を入力してください。

公金受取口座を選択した場合、  
給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、  
給付日が遅れることがあります。

公金受取口座	必須	<input type="radio"/> 公金受取口座を利用する <input checked="" type="radio"/> 公金受取口座を利用しない
振込先指定口座名義	必須	<input checked="" type="radio"/> 申請者名義の口座に振込 <input type="radio"/> 代理人名義の口座に振込
振込先指定口座	必須	<input type="radio"/> ゆうちょ銀行の口座に振込 <input checked="" type="radio"/> ゆうちょ銀行以外の口座に振込 銀行名称 必須 <input type="button" value="選択する"/> <input type="text"/> 銀行コード <input type="text"/> 支店名称 必須 <input type="radio"/> 支店名を選択して指定する <input type="radio"/> 支店コードから指定する 預金種類 必須 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> 貯蓄 口座番号 必須 ※半角数字7桁 <input type="text"/> 口座名義 必須 ※半角カタカナ <input type="text"/>

# 5.【利用者画面】移送費支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

## 入力内容確認

[TOP](#) > [各種申請・申込](#) > [給付・請求に関する申請](#) > 移送費支給申請

### 移送費支給申請（入力内容確認）

#### 申請者情報

被保険者等記号 - 番号	9999991-9999991
申請者	テスト 太郎   〒1-2-3   続柄: 本人   生年月日: 1980年01月08日   性別: 男
連絡先: 電話番号	<b>必須</b> 09012345678
連絡先: メールアドレス	<b>必須</b> test@test

#### 申請対象者情報

申請対象者	<b>必須</b> テスト 太郎   〒1-2-3   続柄: 本人
-------	------------------------------------

#### 申請内容

移送状況(1)	傷病名	: 右大腿骨骨折
	発病または負傷の原因	: 休日に自宅での運動による
	発病または負傷の年月日	: 2025-03-05
	第三者行為によるものですか?	: いいえ
	移送日	: 2025-03-06
	移送回数	: 1
	移送区間 (自)	: ○○クリニック
	移送区間 (至)	: ○○総合病院
	移送費用	: 15000
	移送を必要とする理由 (症状、その他具体的に記入してください)	: 緊急搬送必要も寝たきり状態だったため
移送先医療機関名	: ○○総合病院	
利用交通機関名	: タクシー	

住所	<b>必須</b> 郵便番号: 100-6640
	都道府県: 東京都
	市区町村番地: 千代田区丸の内グラントウキョウサウスタワー 建物名・部屋番号など:

添付書類	移送費支給申請書 (医師証明用)	
	申請者氏名	
	医師氏名	
	発病または負傷の年月日	発病または負傷の年月日
	発病または負傷の原因	
	発病または負傷の年月日	
	発病または負傷の原因	
	発病または負傷の年月日	
	発病または負傷の原因	
	発病または負傷の年月日	

全ての入力内容に誤りが無いか、アップロード画像に誤りが無いか、文字等が鮮明であるか確認ください。

#### 振込先口座情報

公金受取口座	<b>必須</b> 公金受取口座を利用する
--------	-----------------------

- [← 前へ戻る](#)
- [入力内容を確定する](#)
- [この申請TOPへ](#)
- [届出・申請TOPへ](#)

## 5.【利用者画面】移送費支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

### 移送費支給申請（申請完了）

移送費支給申請が完了しました。

審査完了後、審査結果については、通知書を郵送にて送付します。内容、金額、振込日など詳細については、通知書をお待ちください。

不備や追加書類等があった場合、メール、電話、郵送にてご連絡をさせていただく場合がございます。添付ファイルの画像が読み取れない等の場合は、再度ご提出いただきますので、添付書類については、保管のほどお願い致します。

[この申請TOPへ](#)

[届出・申請TOPへ](#)

こちらで申請は完了です。

不備や追加書類が必要な場合、健康保険組合よりメール、電話、郵送等で連絡が入りますので、ご確認・ご対応のほどお願いいたします。

審査が完了しましたら、通知書を郵送にて送付いたしますので、詳細はそちらをお待ちください。

# 6.【利用者画面】出産育児一時金支給申請

## 申請TOP画面

※実際の画面とは異なる場合があります。

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 出産育児一時金支給申請

### 出産育児一時金支給申請

申請者	被保険者の申請となります。 被扶養者が出産した場合も被
申請方法	このサイトの申請画面に必要な書類の画像データとしてアップロードしてください。 ・出産育児一時金申請書(医師等証明用) ※事前に下記のPDFを印刷し、記入と押印をもらってください。 <a href="#">【出産育児一時金申請書(医師等証明用)】</a> ・医療機関等から交付される合意文書(直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結している、もしくはしていない旨及び申請先となる当組合名が記載されているもの) ・出産(分娩)費用明細書 (医療機関等が当組合に請求する専用請求書の内容と相違ない旨が記載されている、もしくは、直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結していない旨が記載されているもの、および参加医療補償制度加入機関で出産した場合は、「参加医療補償制度の対象分娩です」の文言が印字やスタンプ等により明記されたもの) ・海外で出産した場合は日本語訳と海外の医療機関に照会を行うことの同意書 ※同意書については、下記のPDFを印刷し記入、押印ください。 <a href="#">【海外の医療機関照会の同意書】</a>
注意事項	直接支払制度を利用する場合、出産費が出産育児一時金の支給額に満たなかった場合のみ、その差額としての申請が必要となります。差額がない場合、申請は不要です。 出産育児一時金を当健康保険組合に申請できるか、どの申請になるか「出産一時金フローチャート」で事前に確認ができます。 <a href="#">こちら</a> (出産育児一時金フローチャート)からご確認ください。

①事前にPDFを印刷し、医師の記入、押印、証明を受けてください。  
②上記①の書類、他必要添付書類を画像データ(写真・スキャン)にして、申請する端末に保存してから申請を始めてください。

申請前にフローチャートにて申請が必要か確認ください。

申請する

## 届出・申請の履歴



※PDFファイルをご覧いただくためには、無料のAdobe® Reader®が必要です。  
お持ちでない場合は、左のアイコンをクリックしてダウンロードしてください。

届出・申請TOPへ

# 6.【利用者画面】出産育児一時金支給申請

## この申請について

※実際の画面とは異なる場合があります。

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 出産育児一時金支給申請

### 出産育児一時金支給申請

#### この申請について

下記の項目をご確認いただき、全てチェックをつけて次へ進むを押してください。

<input type="checkbox"/> フローチャートを確認し、申請対象であることを確認した。	<b>本項目を全て確認、了承（✓）したうえで、次へ進んでください。</b>
<input type="checkbox"/> 前画面のPDF「医師または助産師もしくは市区町村長による証明書」を取得し、画像データのアップロードが可能です。	
<input type="checkbox"/> 医療機関等から交付される合意文書、出産（分娩）費用明細書を医療機関等から取得し、画像データのアップロードが可能です。	

## 申請者情報

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 出産育児一時金支給申請

### 出産育児一時金支給申請

#### 申請者情報

申請者の情報を入力してください。

申請者	テスト 太郎	
連絡先：電話番号	<input checked="" type="radio"/> 登録済の電話番号を使用する	09012345678
	<input type="radio"/> 新規に登録する	
連絡先：メールアドレス	<small>※メールアドレスの変更は、各種設定から行ってください。</small> test@test	

## 出産者情報

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 出産育児一時金支給申請

### 出産育児一時金支給申請

#### 出産者情報

出産者の情報を入力してください。

**今回の申請対象となる出産者の方を選択してください。**

出産者	<input checked="" type="radio"/>	<small>出産した方を選択してください。</small>	
		<input checked="" type="radio"/> テスト 太郎	<input type="radio"/> テスト 花子

# 6.【利用者画面】出産育児一時金支給申請

## 申請内容入力

※実際の画面とは異なる場合があります。

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 出産育児一時金支給申請

### 出産育児一時金支給申請

#### 申請内容

申請内容を入力してください。

出産年月日	必須	2025/01/16 <input type="text"/>
出生児の数	必須	出産数 <input type="text" value="1"/> 人 死産数 <input type="text" value="0"/> 人 妊娠 <input type="text" value="0"/> 週 <input type="text" value="0"/> 日
直接支払制度を利用していますか。	必須	<input checked="" type="radio"/> はい（出産育児一時金の支給額に満たなかった差額分の申請です） <input type="radio"/> いいえ
産科医療補償制度の対象ですか。	必須	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
住所	必須	郵便番号 必須 ※ハイフンなしの半角数字（7桁） <input type="text" value="1006640"/> <input type="button" value="検索"/> 都道府県 必須 <input type="text" value="東京都"/> 市区町村番地 必須 ※全角入力 <input type="text" value="千代田区丸の内グラントウキョウサウスタワー"/>
		建物名・部屋番号など 任意 ※全角入力 <small>*マンション名・アパート名等がある方は、必ず入力してください（漏れていますと、宛名不完全のため届かないことがあります）。</small> <input type="text"/>
添付書類	必須	shussan_ikuji_ishi_shoumei.pdf <input type="button" value="削除"/> <input type="button" value="ファイルを選択"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師または助産師モ</li> <li>・医療機関等から交付</li> <li>・出産（分娩）費用明</li> <li>・海外出産の場合は翻</li> </ul> <small>※アップロード可能なファイルサイズは10MBまでです。          ※ファイル名称は、半角英数字と記号「-」のみを使用してください。          ※ファイル名にスペースは使用できません。          ※画像の文字が読み取れない等不備があった場合は、再度ご提出いただけます。</small>

必要項目を全て入力し、添付書類をアップロードしてください。

画像の文字が読み取れない等の不備がある場合は、受理できませんので、鮮明な画像をアップロードしてください。再度ご提出いただく場合がありますので、原本は保管してください。

# 6.【利用者画面】出産育児一時金支給申請

## 振込口座入力

※実際の画面とは異なる場合があります。

### 振込先口座情報

振込先口座情報を入力してください。

公金受取口座を選択した場合、  
給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、  
給付日が遅れることがあります。

公金受取口座	必須	<input type="radio"/> 公金受取口座を利用する <input checked="" type="radio"/> 公金受取口座を利用しない
振込先指定口座名義	必須	<input checked="" type="radio"/> 申請者名義の口座に振込 <input type="radio"/> 代理人名義の口座に振込
振込先指定口座	必須	<input type="radio"/> ゆうちょ銀行の口座に振込 <input checked="" type="radio"/> ゆうちょ銀行以外の口座に振込 銀行名称 必須 <input type="button" value="選択する"/> <input type="text"/> 銀行コード <input type="text"/> 支店名称 必須 <input type="radio"/> 支店名を選択して指定する <input type="radio"/> 支店コードから指定する 預金種類 必須 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> 貯蓄 口座番号 必須 ※半角数字7桁 <input type="text"/> 口座名義 必須 ※半角カタカナ <input type="text"/>

←前へ戻る

確認画面へ

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

# 6.【利用者画面】出産育児一時金支給申請

## 入力内容確認

※実際の画面とは異なる場合があります。

### 出産育児一時金支給申請（入力内容確認）

#### 申請者情報

被保険者等記号-番号	9999991-9999991
申請者	テスト 太郎   テスト 知子   続柄: 本人   生年月日: 1980年01月08日   性別: 男
連絡先: 電話番号	<span style="color: red;">必須</span> 09012345678
連絡先: メールアドレス	<span style="color: red;">必須</span> test@test

#### 出産者情報

出産者	<span style="color: red;">必須</span> テスト 花子   テスト 知子   ...
-----	---

#### 申請内容

出産年月日	<span style="color: red;">必須</span> 2025-01-16
出生児の数	<span style="color: red;">必須</span> 出産数 1 人
	死産数 0 人 妊娠 0 週 0 日
直接支払制度を利用していますか。	<span style="color: red;">必須</span> はい（出産育児一時金の支給額に満たなかった差額分の申請です）
産科医療補償制度の対象ですか。	<span style="color: red;">必須</span> はい
住所	<span style="color: red;">必須</span> 郵便番号: 100-6640 都道府県: 東京都 市区町村番地: 千代田区丸の内グラントウキョウサウスタワー 建物名・部屋番号など:
添付書類	<span style="color: red;">必須</span>

全ての入力内容に誤りが無いか、アップロード画像に誤りが無いか、文字等が鮮明であるか確認ください。

#### 振込先口座情報

公金受取口座	<span style="color: red;">必須</span> 公金受取口座を利用する
--------	---

- ←前へ戻る
入力内容を確定する
- この申請TOPへ
届出・申請TOPへ

## 6.【利用者画面】出産育児一時金支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

### 出産育児一時金支給申請（申請完了）

出産育児一時金支給申請が完了しました。

審査完了後、審査結果については、通知書を郵送にて送付します。内容、金額、振込日など詳細については、通知書をお待ちください。

不備や追加書類等があった場合、メール、電話、郵送にてご連絡をさせていただく場合がございます。添付ファイルの画像が読み取れない等の場合は、再度ご提出いただきますので、添付書類については、保管のほどお願い致します。

[この申請TOPへ](#)

[届出・申請TOPへ](#)

こちらで申請は完了です。

不備や追加書類が必要な場合、健康保険組合よりメール、電話、郵送等で連絡が入りますので、ご確認・ご対応のほどお願いいたします。

審査が完了しましたら、通知書を郵送にて送付いたしますので、詳細はそちらをお待ちください。

# 7.【利用者画面】海外療養費支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

## 申請TOP画面

[TOP](#) > [各種申請・申込](#) > [給付・請求に関する申請](#) > 海外療養費支給申請

### 海外療養費支給申請

申請者	申請することができるのは被保険者のみです。 被扶養者が対象の場合も被保険者が申請ください。
申請方法	このサイトの申請画面に必要項目を入力し、添付書類の画像データを添付し、申請してください。 ※添付書類として、下記PDFでの診療内容明細書・領収明細書（歯科の場合は歯科診療内容明細書も追加）、領収書、渡航の事実が確認できる書類、下記PDFでの海外に医療機関に照会を行うことの同意書、各書類の翻訳が必要で <a href="#">【医科診療内容明細書・領収明細書】</a> <a href="#">【歯科診療内容明細書】</a> <a href="#">【海外の医療機関照会の同意書】</a>
注意事項	支払った費用のすべてが給付の対象

申請する

- ①事前にPDFを印刷し、医師の記入、証明を受けてください。
- ②上記①の書類、他必要添付書類を画像データ（写真・スキャン）にして、申請する端末に保存してから申請を始めてください。

### 届出・申請の履歴

まだ申込した履歴がありません。



※PDFファイルをご覧いただくためには、無料のAdobe® Reader®が必要です。  
お持ちでない場合は、左のアイコンをクリックしてダウンロードしてください。

# 7.【利用者画面】海外療養費支給申請

この申請について

※実際の画面とは異なる場合があります。

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 海外療養費支給申請

## 海外療養費支給申請

### この申請について

下記の項目をご確認いただき、全てにチェックをつけて次へ進むを押してください。

- 支払った費用のすべてが給付の対象となるとは限りません。治療内容のレベルや治療費は国ごとに異なり、内容明細書と領収明細書に基づいて、定した額が給付の対象となります。
- 日本国内で保険適用となっていない療養は給付の対象になりません。
- 療養の目的で海外に出向き、療養を受けた場合は支給の対象になりません。
- 申請にあたっては、診療内容明細書（前画面PDF）、領収書、領収明細書、渡航の事実が確認できる書類、海外の医療機関等に照会を行うことの同意書（前画面PDF）、各書類の翻訳書類の画像データのアップロードが必要になります。
- 国内の治療費との算定が必要なため申請書の受付から支給決定までに期間を要します。

本項目を全て確認、了承（✓）したうえで、次へ進んでください。

## 申請者情報

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 海外療養費支給申請

### 海外療養費支給申請

#### 申請者情報

申請者の情報を入力してください。

申請者	テスト 太郎
連絡先：電話番号	<input checked="" type="radio"/> 登録済の電話番号を使用する <input type="text" value="09012345678"/> <input type="radio"/> 新規に登録する
連絡先：メールアドレス	※メールアドレスの変更は、各種設定から行ってください。 <input type="text" value="test@test"/>

## 申請対象者者情報

### 海外療養費支給申請

#### 受診者情報

受診者の情報を入力してください。

今回の申請対象となる受診者の方を選択してください。

受診者	受診した方を選択してください。 <input type="radio"/> テスト 太郎 <input type="radio"/> テスト 花子
-----	---

# 7.【利用者画面】海外療養費支給申請

## 申請内容入力

※実際の画面とは異なる場合があります。

### 海外療養費支給申請

#### 申請内容

申請内容を入力してください。

傷病名と発病または負傷年月日	必須	傷病名 <input type="text" value="左足首捻挫"/> 発病または負傷年月日 <input type="text" value="2025/02/"/>	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;">             必要項目を全て入力し、              添付書類をアップロードしてください。           </div>
該当の傷病	必須	<input type="radio"/> 病気 <input checked="" type="radio"/> ケガ 負傷時の状況（いつ、どこで、どのように発生したか） <input type="text" value="旅行中にホテルの階段にて足を踏み外して転倒"/>	
第三者行為によるものですか？	必須	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ	
診療を受けた国名	必須	<input type="text" value="アメリカ"/> <small>※最大50文字まで入力可能です。</small>	
診療を受けた医療機関	必須	名称(1) <input type="text" value="〇〇Medical Clinic"/> 所在地(1) <input type="text" value="〇〇Street Oahu Hawai"/> 診療した医師等の氏名(1) <input type="text" value="Mishell Smith"/> 診療又は手当の内容(1) <input type="text" value="診察を受け、外用薬を処方された"/> 名称(2) <input type="text"/> 所在地(2) <input type="text"/> 診療した医師等の氏名(2) <input type="text"/> 診療又は手当の内容(2) <input type="text"/>	
診療年月	必須	<input type="text" value="2025年02月"/>	
診療を受けた期間	必須	<input type="text" value="2025/02/05"/> ~ <input type="text" value="2025/02/05"/> <input type="text" value="1"/> 日間	
本人・家族/入院・外来区分	必須	<input type="text" value="本人外来"/>	

※実際の画面とは異なる場合があります。

<p>診療に要した費用（現地通貨）</p>	<p><b>必須</b> 金額 <input type="text" value="1500.00"/> 通貨単位 <input type="text" value="米ドル（US\$）"/></p>
<p>住所</p>	<p>郵便番号 <b>必須</b> ※ハイフンなしの半角数字（7桁）  <input type="text" value="1006640"/> <input type="button" value="検索"/></p> <p>都道府県 <b>必須</b>  <input type="text" value="東京都"/></p> <p>市区町村番地 <b>必須</b> ※全角入力  <input type="text" value="千代田区丸の内グラントウキョウ"/></p> <p>建物名・部屋番号など <b>任意</b> ※全角入力  <small>*マンション名・アパート名等がある方は、必ず入力してください（漏れていますと、宛名不完全のため届かないことがあります）。</small></p> <input type="text"/>
<p>添付書類</p>	<p>kaigairyoyouhidouisyo.pdf <input type="button" value="削除"/>  kaigairyoyouhiikasinyou.pdf <input type="button" value="削除"/></p> <p><input type="button" value="ファイルを選択"/></p> <p>下記すべての添付書類が必要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・診療内容明細書</li> <li>・領収明細書</li> <li>・領収書</li> <li>・上記すべての日本語翻訳</li> <li>・渡航の事実が確認できる書類  <small>（例：パスポートの氏名・顔写真ページ、  査証（ビザ）の氏名と有効期間が記載されたもの、航空チケット等）</small></li> <li>・医療機関等に対しての療養内容照会に関する同意書</li> </ul> <p>※アップロード可能な画像は「jpg,jpeg,png,gif,pdf」のみとなります。  ※1枚あたり10MBまでアップロード可能です。  ※ファイル名称は、半角英数字と記号「-」のみを使用してください。  ※ファイル名にスペースは使用できません。  ※画像の文字が読み取れない等不備があった場合は、再度ご提出いただけます。</p>

通知書や不備・追加書類の依頼等の郵送物が届く住所を入力ください。

画像の文字が読み取れない等の不備がある場合は、受理できませんので、鮮明な画像をアップロードしてください。再度ご提出いただく場合がありますので、原本は保管してください。

# 7.【利用者画面】海外療養費支給申請

## 振込口座入力

※実際の画面とは異なる場合があります。

### 振込先口座情報

振込先口座情報を入力してください。

公金受取口座を選択した場合、  
給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、  
給付日が遅れることがあります。

公金受取口座	必須	<input type="radio"/> 公金受取口座を利用する <input checked="" type="radio"/> 公金受取口座を利用しない
振込先指定口座名義	必須	<input checked="" type="radio"/> 申請者名義の口座に振込 <input type="radio"/> 代理人名義の口座に振込
振込先指定口座	必須	<input type="radio"/> ゆうちょ銀行の口座に振込 <input checked="" type="radio"/> ゆうちょ銀行以外の口座に振込 銀行名称 必須 <input type="button" value="選択する"/> <input type="text"/> 銀行コード <input type="text"/> 支店名称 必須 <input type="radio"/> 支店名を選択して指定する <input type="radio"/> 支店コードから指定する 預金種類 必須 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> 貯蓄 口座番号 必須 ※半角数字7桁 <input type="text"/> 口座名義 必須 ※半角カタカナ <input type="text"/>

←前へ戻る

確認画面へ

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

# 7.【利用者画面】海外療養費支給申請

## 入力内容確認

※実際の画面とは異なる場合があります。

TOP > 各種申請・申込 > 給付・請求に関する申請 > 海外療養費支給申請

### 海外療養費支給申請（入力内容確認）

#### 申請者情報

被保険者等記号 - 番号	9999991-9999991
申請者	テスト 太郎   〒100-0001   続柄: 本人   生年月日: 1980年01月08日   性別: 男
連絡先: 電話番号	<b>必須</b> 09012345678
連絡先: メールアドレス	<b>必須</b> test@test

#### 受診者情報

受診者	<b>必須</b> テスト 太郎   〒100-0001   続柄
-----	-----------------------------------

#### 申請内容

傷病名と発病または負傷年月日	<b>必須</b> 傷病名: 左足首捻挫 発病または負傷年月日: 2025-02-05
該当の傷病	<b>必須</b> ケガ 旅行中にホテルの階段にて足を踏み外して転倒
第三者行為によるものですか?	<b>必須</b> いいえ
診療を受けた国名	<b>必須</b> アメリカ
診療を受けた医療機関	<b>必須</b> 名称(1): ○○Medical Clinic 所在地(1): ○○Street Oahu Hawaii 診療した医師等の氏名(1): Mishell Smith 診療又は手当の内容(1): 診察を受け、外用薬を処方された  名称(2): 所在地(2): 診療した医師等の氏名(2): 診療又は手当の内容(2):
診療年月	<b>必須</b> 2025-02
診療を受けた期間	<b>必須</b> 2025-02-05 ~ 2025-02-05 1日間
本人・家族/入院・外来区分	<b>必須</b> 本人外来
診療に要した費用(現地通貨)	<b>必須</b> 1500.00 米ドル (US\$)

全ての入力内容に誤りが無いか、アップロード画像に誤りが無いか、文字等が鮮明であるか確認ください。

3. One form for each receipt use form for hospitalization (inpatient and home visit), 各1枚、複数入浴外給付に1枚の形式用紙を必要です。

**Attending Physician's Statement**  
医師診療内容証明書

- Name of patient (Last, First, Age (Date of Birth), Sex (Male / Female)  
患者名 \_\_\_\_\_ 年齢(生年月日) \_\_\_\_\_ 性別(男 / 女)
- Name of illness or injury (precisely with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance Order to the extent of detail)  
傷病名及び国際疾病分類表(国際疾病分類番号) (詳細を記す)
- Date of First Diagnosis: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
初診日
- Days of Diagnosis and Treatment: \_\_\_\_\_ days  
診断日数
- Type of Treatment  
診療の分類  
 Hospitalization: From \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (days)  
入院 自 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (日間)  
 Out patient or Home Visit: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
外来 自 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Nature and Condition of Illness or Injury (to be filled)  
病状の概要
- Description, operation and any other treatments (to be filled)  
処方、手術その他の処置の概要
- Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes  No   
偶然に事象の結果に起因したものでしょうか。 Yes  No   
はい いいえ
- Insured amounts paid to Hospital and for Attending physician's Fees (to be filled)  
診療費
- Name and Address of Attending Physician  
主治医師の氏名及び住所  
Name 名前 Last 姓 First 名  
Address 住所 Home 自宅 Phone: \_\_\_\_\_  
Office 病院又は診療所 Phone: \_\_\_\_\_  
Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_  
Reference Number of your Medical Record (if applicable)  
診療録の番号 \_\_\_\_\_

Form B  
様式B

**Itemized Receipt**  
領収明細書

(1) Fee for Initial Office Visit	診 察 料	\$ _____
(2) Fee for Follow-up Office Visit	診 察 料	\$ _____
(3) Fee for Home Visit	往 診 料	\$ _____
(4) Fee for Hospital Visit	入院管理料	\$ _____
(5) Hospitalization	入院費	\$ _____
(6) Co-payment	自己負担	\$ _____

#### 振込先口座情報

公金受取口座	<b>必須</b> 公金受取口座を利用する
--------	-----------------------

←前へ戻る      入力内容を確定する

この申請TOPへ      届出・申請TOPへ

## 7.【利用者画面】海外療養費支給申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

### 海外療養費支給申請（申請完了）

海外療養費支給申請が完了しました。

審査完了後、審査結果については、通知書を郵送にて送付します。内容、金額、振込日など詳細については、通知書をお待ちください。

不備や追加書類等があった場合、メール、電話、郵送にてご連絡をさせていただく場合がございます。添付ファイルの画像が読み取れない等の場合は、再度ご提出いただきますので、添付書類については、保管のほどお願い致します。

[この申請TOPへ](#)

[届出・申請TOPへ](#)

こちらで申請は完了です。

不備や追加書類が必要な場合、健康保険組合よりメール、電話、郵送等で連絡が入りますので、ご確認・ご対応のほどお願いいたします。

審査が完了しましたら、通知書を郵送にて送付いたしますので、詳細はそちらをお待ちください。

# 8.【利用者画面】限度額適用認定証交付申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

## 申請TOP画面

TOP > 各種申請・申込 > 保険資格・適用に関する申請 > 限度額適用認定申請

### 限度額適用認定申請

申請者	
申請方法	このサイトの申請画面に必要項目を入力し、申請してください。
注意事項	<p>被扶養者の方の申請も被保険者が行ってください。</p> <p>限度額適用認定証は医療費が高額になると見込まれる場合、事前に医療機関等に提示することによって効力を発揮します。既に医療費をお支払いされている場合は、申請の必要はありません。</p> <p>マイナ保険証利用の場合は、事前の手続きなく、限度額情報が提供されますので、限度額適用認定証は不要となります。</p> <p>申請月の1日が発行日となります。</p> <p>限度額適用認定証の有効期限は最長1年間、ただし8月31日を超える場合は8月31日までとなります。有効期限が経過し、継続して交付を希望する場合は、再度申請が必要です。</p>

**申請方法、注意事項を確認の上、申請を始めてください。**  
**※住民税が非課税の方は電子申請はできません。**  
**リクルート健康保険組合のHPをご確認いただき、書面にて申請ください。**

申請する

## 申請者情報

### 限度額適用認定申請

#### 申請者情報

申請者の情報を入力してください。

申請者	テスト 太郎
連絡先：電話番号	<input checked="" type="radio"/> 登録済の電話番号を使用する 09012345678 <input type="radio"/> 新規に登録する
連絡先：メールアドレス	※メールアドレスの変更は、各種設定から行ってください。 test@test

## 申請対象者情報

### 限度額適用認定申請

#### 申請対象者情報

申請対象者の情報を入力してください。

申請対象者	<p>「限度額適用認定証」の交付を必要とする方を選択してください          複数名分必要の場合は、それぞれ個別に申請してください</p> <input type="radio"/> テスト 太郎 <input type="radio"/> テスト 花子
-------	---

**今回の交付が必要になる方を選択してください。**

## 8.【利用者画面】限度額適用認定証交付申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

### 申請内容

#### 限度額適用認定申請

#### 申請内容

発効日は申請月の1日となります（遡っての発行はできません）

限度額認定証が必要となる期間	必須	令和7年 3月 まで (最長8月31日まで)
送付先住所	必須	郵便番号 ※ハイフンなしの半角数字（7桁） 1006640 <input type="button" value="検索"/>
	必須	都道府県 東京都
	必須	市区町村番地 ※全角入力 千代田区丸の内グラントウキョウサウスタワー
	任意	建物名・部屋番号など ※全角入力 *マンション名・アパート名等がある方は、必ず入力してください。また病院の場合は病棟・部屋番号まで、実家で表札が異なる場合は世帯主氏名まで必ず入力してください。漏れていますと、宛名不完全のため届かないことがあります。

←前へ戻る

確認画面へ

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

申請月の1日が発効日となります。遡っての発効はできません。  
 期限は最長で8月31日となります。  
 ※それ以降の期間を選択した場合も8月31日までの期限となります。  
 9月以降も必要な場合は再度9月以降に申請ください。

送付先住所で病院を希望する場合は、病院に受取可能か確認の上、病棟・部屋番号まで入力ください。  
 実家等で表札が異なる場合は世帯主氏名まで入力ください。  
 漏れていますと、宛名不完全等で届かないことがあります。

## 8.【利用者画面】限度額適用認定証交付申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

### 入力内容確認

#### 限度額適用認定申請（入力内容確認）

##### 申請者情報

保険証記号 - 番号	9999991-9999991
申請者	テスト 太郎   〒100-0001   続柄: 本人   生年月日: 1980年01月08日   性別: 男
連絡先: 電話番号	<b>必須</b> 09012345678
連絡先: メールアドレス	<b>必須</b> <span style="border: 2px solid red; padding: 2px;">申請対象者、住所、期間に誤りがないか確認の上、確定してください。</span>

##### 申請対象者情報

申請対象者	<b>必須</b> テスト 太郎   〒100-0001   続柄: 本人   生年月日: 1980年01月08日   性別: 男
-------	---

##### 申請内容

限度額認定証が必要となる期間	<b>必須</b> 令和7年3月 まで (最長8月31日まで)
送付先住所	<b>必須</b> 郵便番号: 100-6640 都道府県: 東京都 市区町村番地: 千代田区丸の内グラントウキョウサウスタワー 建物名・部屋番号など:

←前へ戻る

入力内容を確定する

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

### 申請完了

#### 限度額適用認定証申請（申請完了）

限度額適用認定証の申請が完了しました。

健康保険組合にて申請確認後、3営業日以内にご登録の住所に郵送します。  
不備あった場合、メール、電話、郵送にてご連絡をさせていただく場合がございます。

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

**こちらで申請は完了です。**

**健康保険組合にて申請確認後、今回ご登録いただいた住所に3営業日以内に郵送します。  
不備がある場合、健康保険組合よりメール、電話、郵送等で連絡が入ります。**

# 9.【利用者画面】特定疾病療養受療証交付申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

## 申請TOP画面

TOP > 各種申請・申込 > 保険資格・適用に関する申請 > 特定疾病療養受療証交付申請

### 特定疾病療養受療証交付申請

申請者	被保険者からの申請になります。
申請方法	このサイトの申請画面に必要な項目を入力し、申請してください。 ※申請には医師の証明が必要です。 事前に下記のPDFを印刷して医師の記入と押印をもらってください。 <a href="#">【特定疾病受療証交付申請（医師証明用）】</a>
注意事項	申請することができるのは被保険者のみです（被扶養者の方の申請も被保険者が行ってください）。

- ①事前にPDFを印刷し、医師の記入、押印、証明を受けてください。
- ②上記①の書類を画像データ（写真・スキャン）にして、申請する端末に保存してから申請を始めてください。

申請する

## 届出・申請の履歴



※PDFファイルをご覧いただくためには、無料のAdobe® Reader®が必要です。  
お持ちでない場合は、左のアイコンをクリックしてダウンロードしてください。

届出・申請TOPへ

## この申請について

TOP > 各種申請・申込 > 保険資格・適用に関する申請 > 特定疾病療養受療証交付申請

### 特定疾病療養受療証交付申請

#### この申請について

「特定疾病療養受療証」の交付には「医師の証明」の申請が必要です。  
あらかじめ、前画面のPDFをダウンロードして、医師の証明を

本項目を確認、了承（✓）したうえで、次へ進んでください。

前画面PDFにて医師の証明を取得済みです。

←前へ戻る

次へ進む→

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

# 8.【利用者画面】特定疾病療養受療証交付申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

## 申請者情報

### 特定疾病療養受療証交付申請

#### 申請者情報

申請者の情報を入力してください。

申請者	テスト 太郎	
連絡先：電話番号	<input checked="" type="radio"/> 登録済の電話番号を使用する	09012345678
	<input type="radio"/> 新規に登録する	
連絡先：メールアドレス	※メールアドレスの変更は、各種設定から行ってください。	
	<input type="text"/>	test@test

←前へ戻る

次へ進む→

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

## 申請対象者情報

### 特定疾病療養受療証交付申請

今回の交付が必要になる方を選択してください。

#### 申請対象者情報

申請対象者の情報を入力してください。

申請対象者	<input checked="" type="radio"/> 必須	「特定疾病療養受療証」の交付を必要とする方を選択してください。 複数名分必要の場合は、それぞれ個別に申請してください
	<input type="radio"/>	テスト 太郎
	<input type="radio"/>	テスト 花子

←前へ戻る

次へ進む→

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

# 8.【利用者画面】特定疾病療養受療証交付申請

※実際の画面とは異なる場合があります。

## 申請者情報

### 特定疾病療養受療証交付申請

#### 申請内容

申請内容を入力してください。

必要項目を全て入力し、  
添付書類をアップロードしてください。

<p>疾病名</p>	<p>疾病を選択してください。</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1.人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全</p> <p><input type="radio"/> 2.血友病</p> <p><input type="radio"/> 3.後天性免疫不全症候群</p>
<p>住所</p>	<p>郵便番号 <input type="text"/></p> <p>都道府県 <input type="text"/></p> <p>市区町村番地 <b>必須</b> ※全角入力 <input type="text"/></p> <p>建物名・部屋番号など <b>任意</b> ※全角入力 <input type="text"/></p> <p><small>*マンション名・アパート名等がある方は、必ず入力してください（漏れていますと、宛名不完全のため届かないことがあります）。</small></p>
<p>添付書類</p>	<p>tokushippeikouhu_ishi_shoumei.pdf</p> <p><b>ファイルを選択</b></p> <p>・特定疾病療養受療証交付申請（医師）</p> <p><small>※アップロード可能な画像は「jpg,jpeg,png」のみです。 ※1枚あたり10MBまでアップロード可能です。 ※ファイル名称は、半角英数字と記号「-」のみを使用してください。 ※ファイル名にスペースは使用できません。 ※画像の文字が読み取れない等不備があった場合は、再度ご提出いただけます。</small></p>

送付先住所をご入力ください。  
実家等で表札が異なる場合は世帯主氏名まで入力ください。  
漏れていますと、宛名不完全等で届かないことがあります。

画像の文字が読み取れない等の不備がある場合は、受理できませんので、鮮明な画像をアップロードしてください。再度ご提出いただく場合がありますので、原本は保管してください。

←前へ戻る

確認画面へ

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

# 8.【利用者画面】特定疾病療養受療証交付申請

## 入力内容確認

※実際の画面とは異なる場合があります。

TOP > 各種申請・申込 > 保険資格・適用に関する申請 > 特定疾病療養受療証交付申請

### 特定疾病療養受療証交付申請（入力内容確認）

#### 申請者情報

保険証記号 - 番号	9999991-9999991
申請者	テスト 太郎   〒100-0001
連絡先：電話番号	<b>必須</b> 09012345678
連絡先：メールアドレス	<b>必須</b> test@test

全ての入力内容に誤りが無いか、アップロード画像に誤りが無いか、文字等が鮮明であるか確認ください。

#### 申請対象者情報

申請対象者	<b>必須</b> テスト 太郎   〒100-0001   続柄：本人   生年月日：1980年01月08日   性別：男
-------	--

#### 申請内容

疾病名	<b>必須</b> 1.人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全
住所	<b>必須</b> 郵便番号：100-6640 都道府県 市区町村番地：〒100-6640の内閣府省庁所在地 建物名・部屋番号など：

添付書類	<b>必須</b> <div style="text-align: center;"> <p>特定疾病療養受療証交付申請（医師証明用）</p> </div>
------	--

←前へ戻る

入力内容を確定する

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

## 申請完了

### 特定疾病療養受療証交付申請（申請完了）

特定疾病療養受療証交付の申請が完了しました。

健康保険組合にて申請確認後、3 営業日以内にご登録の住所に郵送します。  
不備あった場合、メール、電話、郵送にてご連絡をさせていただく場合がございます。

この申請TOPへ

届出・申請TOPへ

こちらで申請は完了です。

健康保険組合にて申請確認後、今回ご登録いただいた住所に3 営業日以内に郵送します。

不備がある場合、健康保険組合よりメール、電話、郵送等で連絡が入ります。