

被保険者
療養費支給申請書
 家 族

(記入上の注意) ●診療を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当てを受けた場合は、⑥⑦⑧⑨は、そのように読みかえて記入してください。●給付金の受領方を他人に依頼するときのみ、受取代理人の欄に必要事項を記入してください。●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、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

(添付書類) ●歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書を添付して下さい。●輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」「血液代金の領収証書」を添付して下さい。●コルセット・ギプス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」「実費についての領収証書」を添付して下さい。また、靴型装具に係る支給申請書の提出に際し、原則、当該装具の写真(患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)の添付して下さい。●海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」「診療明細書」「渡航確認書類」「同意書」を添付して下さい。なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

被保険者が記入するところ	①被保険者の記号と番号	1 222222	②事業所の名称と所在地	(株)三陽商会 東京都新宿区四谷本塩町6-14			
	③傷病名	○○○○○	④発病又は負傷の年月日	令和3年4月1日 (負傷の場合は 13時頃)			
	⑤発病又は負傷の原因	どこで何をしていたどのようにして負傷(発病)したか ○○○○○○○○○○○○○○○○					
	⑥診療を受けた病医院の	⑦名称	港病院		⑧診療した医師氏名	○○○○○	
		⑨所在地	東京都○○区××町1111				
	⑦診療の内容	診察投薬、治療用眼鏡、弾性ストッキング着用、軟性コルセット装着など					
	⑧診療の期間	自 令和3年4月1日 至 令和3年4月1日	1日間	⑨診療に要した費用の額	金 20,000円也		
	⑩療養の給付を受けることができなかった理由	保険証交付手続き中。コルセットの為。旧保険証を資格喪失後に使用した為など					
	⑪第三者行為によって負傷したものであるか否か	ある	⑫第三者行為によって負傷したときは	その事実の届出の有無	ある ・ ない		
		ない		第三者の氏名と住所(不明なときはその旨)			
⑬申請者が被扶養者に関するときはその者の	⑭氏名	三陽 良子		⑮生年月日	平成17年7月7日	被保険者との続柄	長女
⑯ 上記のとおり申請いたします。 令和3年4月5日 被保険者の住所 東京都○○区××町1-2 氏名 三陽 一夫 電話 090-○○○○-○○○○							

振込先	○○○○ 銀行	△△△ 本店	預金種別	口座番号	名義	(フリガナ) サンヨウ カズオ
	金庫		支店	普通当座 その他		111111

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 年 月 日	被保険者以外の口座に振り込むときは、委任状の欄を記入してください。
	代理人の	

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

診 療 明 細 書

患者		①	診 療	年 月 日から 年 月 日まで
----	--	---	-----	--------------------

療養費の支給対象事由	申請書に添付する書類
急病のため、保険証を持たずに受診したとき	領収書、診療内容明細書（病院で発行してもらうか、この欄に記入してもらいます。）
旧保険証を資格喪失後に使用したとき	旧健康保険が発行した領収書、診療内容明細書（封筒を開封しないでください。） ※この欄の記入不要
生血液の輸血を受けたとき	明細が分かる領収書、輸血証明書 ※この欄の記入不要
保険医の指示により、義手・義足・義眼・コルセットなどの治療用装具を購入、装着したとき	明細が分かる領収書、保険医の証明書 靴型装具の申請の場合は当該装具の写真（患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの） ※この欄の記入不要
9歳未満の小児が小児弱視等の治療で眼鏡・コンタクトレンズを作成・購入したとき	明細が分かる領収書、保険医の作成指示書等の写し、患者の検査結果 ※この欄の記入不要
四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等を購入したとき	明細が分かる領収書、保険医の装着指示書 ※この欄の記入不要
スティーヴンス・ジョンソン症候群および中毒性表皮壊死症の眼後遺症により、輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズを購入したとき	明細が分かる領収書、保険医の作成指示書等の写し（備考として疾病名が記載された処方箋の写し等支給対象となる疾病のため指示したことが確認できるもの） ※この欄の記入不要
海外で病気やけがをしたとき	<ul style="list-style-type: none"> ● 海外の病院で発行された「診療内容明細書」 ● 海外の病院で発行された「領収明細書」 ● これらの日本語翻訳 ● 海外に渡航した事実が確認できる書類（パスポート等）の写し ● 海外の医療機関等に対して療養内容の照会を行うことの同意書 ※この欄の記入不要

検 査	薬 剤	回				円×	日間
画 像	薬 剤	回				円×	日間
診 断	薬 剤	回					
そ の 他	処 方 箋	回					
	薬 剤	回					
合 計			円	合 計			円

上記のとおり診療いたしました。	年 月 日
所 在 地	
名 称	
医師の氏名	
電 話	