

【治療用装具を装着したとき】 \* 【自費で受診したとき】は次ページをご覧ください。

塩野義健康保険組合理事長殿

健康保険組合までVメールしてください。

被保険者 療養費支給申請書  
家 族

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号	×		所属	×××		氏名	×××××		
	番号	×××××		分室	××		No.				
	療養を受けた者の氏名			塩野義 一郎		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	生年月日			<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 10年 8月 7日		続柄	長男				
	保険医で医療を受けることの困難な理由			<input checked="" type="checkbox"/> 1.治療用装具の装着 (コルセット・ギブス) <input type="checkbox"/> 2.自費で受診 (理由: ) <input type="checkbox"/> 3.その他 (理由: )							
	傷病名		右膝内側副靭帯損傷		発病・負傷	<input checked="" type="checkbox"/> 1.私傷病 <input type="checkbox"/> 2.第三者行為		※発病・負傷の原因が第三者行為によるものかどうか。			
	発病・負傷の原因と経過		部活中(サッカー)に着地を誤り負傷する。 現在 治療中。								
	療養期間	(自)平成28年2月8日 診療実日数 (至)平成 年 月 日 日間 ※治療が終了していない時は(至)・診療実日数は記入不要				医療機関	所在地 大阪市福島区 鷺洲5-12-4 名称 福島第一病院 医師名 福島 次郎				
	療養金額	1 5 6 3 0 円									
	受取委任の欄	上記により療養費を申請いたします。 平成28年2月23日 被保険者住所 大阪市中央区道修町2-6-6 氏名(戸籍名) 塩野義 太郎 (印)									
本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 (任意継続被保険者の方は当欄への記入は不要です) 平成28年2月23日 被保険者氏名(戸籍名) 塩野義 太郎 (印)											

「1」にチェック。

医師の意見書に記載の傷病名を記入。

第三者行為による場合は第三者行為傷病届の提出が必要ですので、健保組合に請求して下さい。

不明の場合は空欄。

何をしていた怪我をしたのか、現在の状態などわかる範囲で詳しく記入。

医師の意見書を見て記入。

領収書を見て記入。

療養費支給申請書を記入した日付を記入。

健保組合受付

注意事項・添付書類等

- ・鉛筆書き、記入・捺印漏れは受け付けられません。
- ★この請求書には下記の書類を必ず添付すること。  
コルセット・ギブスなどの治療用装具申請の時は「医師の意見書」と「領収書」  
上記以外の療養費申請の時は「診療内容明細書」と「領収書」

【自費で受診したとき】

塩野義健康保険組合理事長殿

健康保険組合までVメールしてください。

被保険者  
家族

療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号	×	所属	×××	氏名No.	×××××	
		番号	×××××	分室	××			
	療養を受けた者の氏名		塩野義 長子		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
	生年月日		<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 12年 8月 7日		続柄	長女		
	保険医で医療を受けることの困難な理由		<input type="checkbox"/> 1.治療用装具の装着（コルセット・ギブス） <input checked="" type="checkbox"/> 2.自費で受診（理由：保険証不携帯） <input type="checkbox"/> 3.その他（理由：）					
	傷病名	左下腿打撲傷		発病・負傷	<input checked="" type="checkbox"/> 1.私傷病 <input type="checkbox"/> 2.第三者行為 ※発病・負傷の原因が第三者行為によるものかどうか。			
	発病・負傷の原因と経過		スキー練習中に転倒し、スキー場近くの診療所にて治療を受けた。					
	療養期間	(自)平成28年1月10日 診療実日数		(至)平成28年1月20日 1日間		所在地	岩手県胆沢郡金ヶ崎町	
	療養金額	10630円		医療機関	名称 金ヶ崎第一病院 医師名 金ヶ崎 次郎			

上記により療養費を申請いたします。

平成28年1月20日 被保険者住所 大阪市中央区道修町2-6-6

氏名(戸籍名) 塩野義 太郎 印

本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。  
(任意継続被保険者の方は当欄への記入は不要です)

平成28年1月20日 被保険者氏名(戸籍名) 塩野義 太郎 印

「2」にチェックし、理由を記入。

第三者行為傷病届の提出が必要ですので、健保組合に請求して下さい。

何をしていた怪我をしたのか、現在の状態などわかる範囲で詳しく記入。

医師名が不明の場合は空欄。

療養費支給申請書を記入した日付を記入。

健保組合受付

注意事項・添付書類等

- ・鉛筆書き、記入・捺印漏れは受け付けられません。
- ★この請求書には下記の書類を必ず添付すること。
- コルセット・ギブスなどの治療用装具申請の時は「医師の意見書」と「領収書」
- 上記以外の療養費申請の時は「診療内容明細書」と「領収書」