

【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
被扶養者
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	×××××	
	番号	×××××	分室	××	No.		
	療養を受けた者の氏名		健保 一郎		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 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。		
			日時: 平成30年4月8日				
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30年4月8日 診療実日数		医 療 機 関	所在地 大阪市福島区 鷺洲5-12-4			
	(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			名称 福島第一病院			
療 養 金 額	1 5 6 3 0 円		医師名 福島 次郎				
上記により療養費を申請いたします。							
平成30年4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) 健保 太郎 印							
受 取 委 任 の 欄	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。 ※給与支払いでの給付手続きを事業主に依頼するため必要ですので、必ず記入・捺印ください。 (任意継続被保険者の方は当欄への記入は不要です)						
	平成30年4月23日 被保険者氏名(戸籍名) 健保 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。
- ★下記の書類を必ず添付してください。
- 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」および靴型装具は当該装具の写真(実際に装着する現物と確認できるもの)
- 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
被扶養者

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	×××××			
		番号	×××××	分室	××	No.				
	療養を受けた者の氏名		健保 長子		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女				
	生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 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			
	療養金額		10630円		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30年4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) 健保 太郎 印										
受取委任の欄	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。 ※給与支払での給付手続きを事業主に依頼するため必要ですので、必ず記入・捺印ください。 (任意継続被保険者の方は当欄への記入は不要です)									
平成30年4月20日 被保険者氏名(戸籍名) 健保 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・捺印漏れは受けられません。
- ★下記の書類を必ず添付してください。
- 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」
- および靴型装具は当該装具の写真（実際に装着する現物と確認できるもの）
- 上記以外の療養費申請の時は「診療内容明細書」と「領収書」