

被保険者 療養費支給申請書
 家族

受付番号

注意事項をよく読んでいただき、記入もれ・添付書類もれのないように申請してください。

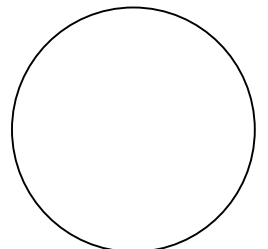
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ (<u>すべて記入してください</u>)	① 被保険者等 記号と番号	記号 205	② 被保険者 (申請者)の 氏名	(フリガナ) セキスイ アキオ 積水 明夫
	③ 事業所の 所在地 及び名称	大阪市〇〇区 △ー△ー△ 〇〇〇株式会社 任意継続・特例退職制度に加入の方は ②の住所、電話番号を記入してください。	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 〇年 〇月 〇日生
	④ 療養を受けた 方の氏名	積水 明夫 被保険者との続柄 (本人)	⑥ 発病又は 負傷の年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 〇年 〇月 〇日生
	⑤ 傷病名	右膝関節症	⑦ 装具・眼鏡等 を装着した日 (今回申請分)	<input type="checkbox"/> 平成 〇年 3月 頃 日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 〇年 6月 7日 (<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院)
	⑧ 発病又は 負傷の 原因	*負傷による場合は負傷原因届を添付してください。 原因不明	*治療用装具・弾性着衣・治療用眼鏡をつかったときは⑦も記入	
	⑨ 傷病の 経過	1年程前から原因不明の痛みがあったが、最近ひどくなり手術をした。 術後、装具装着して症状軽快。経過観察中。		
	⑩ 診療の 期間	<input type="checkbox"/> 平成 〇年 4月 2日から <input checked="" type="checkbox"/> 令和 〇年 5月 15日から <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日まで <input checked="" type="checkbox"/> 令和 〇年 6月 9日まで 治療中 日間 ・ 26 日間 <左の期間のうち入院期間>		
	⑪ 診療を 受けた 病院等の 所在地 名称 医師の氏名	大阪市△△区〇〇3-4-5 〇〇整形外科医院 田中 一郎 医師 電話 06 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
	⑫ 健康保険で 治療を受けることが できなかった理由	<input type="checkbox"/> a. 治療の場合 *下記の注意事項の[添付書類について]ア. が必要です。 理由:具体的に <input checked="" type="checkbox"/> b. 治療用装具(コルセット等)・弾性着衣・治療用眼鏡をつかった *下記の注意事項の[添付書類について]イ. が必要です。		
	⑬ 診察に要した費用 (装具等の申請の際はその費用)	23,535 円	⑭ 第三者の行為によって発病 又は負傷したものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑮ 申請年月日	令和 〇年 7月 3日			

注
意
事
項

〔記入について〕
 1. ⑫のaの場合、その理由について、経緯と健康保険扱いに切替できなかった旨を含めて、具体的に記入してください。
 ※各月ごと、各医療機関ごと、入院・通院ごとにつき、この申請書が必要です。
 2. 海外で治療を受けた場合は、「海外療養費支給申請書」にて申請してください。

〔添付書類について〕
 ア. 医科、歯科診療または調剤に関する申請のときは、別に「診療(調剤)報酬明細書(レセプト)」及び「領収証(原本)」を添付してください。
 イ. コルセット等治療用装具に関する申請のときは、「治療用装具製作指示装着証明書(原本)」、「領収証(原本)」、「領収内訳書(原本)」、「装具製作確認書(原本)」を添付してください。
 ウ. 負傷による傷病についての申請の場合は、負傷原因届を添付してください。

受付年月日



備考欄 被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、被保険者のマイナンバーを備考欄へ記載してください。