

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。

被保険者  
 家族

# 療養費支給申請書

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 (すべて記入してください)	① 被保険者証の 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 △-△-△ 〇〇〇株式会社 <small>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。</small>	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 ○年 ○月 ○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 type="checkbox"/> 平成 ○年 4月 1日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和
	⑤ 傷病名	右足関節捻挫	⑦ 器具・眼鏡等 を装着した日 (今回申請分)	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 ( <input 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。 スキー中に、誤って転倒	*治療用器具・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	湿布薬を処方され、1カ月後に完治	⑧の例の場合、負傷原因届が必要です。 原因不明とされていても、当方から追加で 負傷原因届の提出を求める場合があります。	
	⑩ 診療の 期間	<input type="checkbox"/> 平成 ○年 4月 2日から <input checked="" type="checkbox"/> 令和 1 日間 <input type="checkbox"/> 平成 ○年 4月 2日まで <input checked="" type="checkbox"/> 令和	<左の期間のうち入院期間> <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日から <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで	
	⑪ 診療を 受けた 病院等の 所在地 名称 医師の氏名	〇〇市△△区〇〇6-7-8 〇〇〇診療所 中田 一郎 医師	添付書類を確認して ください。 電話 06 (〇〇〇) 〇〇〇〇	
	⑫ 被保険者証で 治療を受けることが できなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> a. 治療の場合 理由:具体的に <input type="checkbox"/> b. 治療用器具(	*下記の注意事項の[添付書類について]ア. が必要です。 ①セキスイ健保の保険証で受けることができなかった理由 ②病院などでセキスイ健保の保険証扱いに切替(精算) ができなかった理由や経緯 の2点を含めて、やむを得なかったことがわかるように 具体的に記入してください。	
	⑬ 診察に要した費用 (器具等の申請の際はその費用)	12,000 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 ○年 5月 1日			

**注 意 事 項**

【記入について】

- ⑫のaの場合、その理由について、経緯と保険証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。
- 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器具に関する申請のときは、「治療用器具製作指示装着証明書(原本)」、「領収証(原本)」、「領収内訳書(原本)」、「器具製作確認書(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。

「診療(調剤)報酬明細書」は  
『レセプト』ともよばれ、  
診療明細書とは異なります。  
ご提出前にご確認ください。  
封筒に「開封厳禁」などと  
記載されている場合は  
そのままご提出ください。

**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、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。)