

各月ごと、各医療機関等ごと、
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 △-△-△ 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)	⑤ 傷病名	右足関節捻挫
	⑥ 発病又は 負傷の年月日	〇年 4月 1日	⑦ 装具・眼鏡等 を装着した日 (今回申請分)	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 〇年 4月 1日 (<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	湿布薬を処方され、1カ月後に完治	⑩ 診療の間 診療期間 <input type="checkbox"/> 平成 〇年 4月 2日から <input checked="" type="checkbox"/> 令和 〇年 4月 2日まで 1 日間 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日から <input checked="" type="checkbox"/> 令和 〇年 4月 2日まで 日間	
	⑪ 診療を 受けた 病院等の 名称	〇〇市△△区〇〇6-7-8 〇〇〇診療所 中田 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 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 ①健康保険を使えなかった理由 ②医療機関等で健康保険扱いに切替(精算)ができなかった理由や経緯 b. 治療 以上の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 (装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 〇年 5月 1日		

(この例の場合、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。

添付書類を確認してください。

a. に✓をしてください。

「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。

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、各医療機関等ごと、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。

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。