

証不携帯で受診したとき

裏面に医療機関の証明をもらう

または窓口で支払った際の領収書と治療内容が詳しくかかれた明細(レセプト)

※ 支給額	円	資格	取得	平成	年	月	日		
内訳	法	円	付	円	喪失	平成	年	月	日

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書

(立替払) 治療用装具・生血

◎※印の欄は記入しないでください。

被 保 険 者 の 記 入 す る 欄	①被保険者証の 記号・番号	記号	1	②請求者 (被保険者) の氏名と印	京瀬良 次郎	③ 印	
	④請求者 (被保険者) の現住所	〒	614-8501	京都市伏見区1-2			
	⑤事業所の名称	京セラ(株)本社					
	⑥療養が被扶養者に関するときはその者	⑦氏名	⑧生年月日	昭和 平成	年	月	日
	⑦傷病名	急性気管支炎		⑨発病又は負傷 の年月日	不詳		
	⑧発病又は負傷の 原因(いつ・どこで)			⑩傷病の 経過			
	⑩第三者行為による ものですか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>		交通事故など第三者におおされた傷病であれば"はい"に○			
	⑫診療をうけた病院等 名称	△△△病院		医師氏名	□□□		
		所在地	京都市中京区56-79				
	⑬診療又は手当の内容	診察・投薬		⑭診療又は 手当に要した 費用額	7,560円		
	⑮診療又は手当の期間 及び入院期間	平成17年1月10日から 平成17年1月11日まで 日間		入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間		
	⑯被保険者証で受診しな かった事由(該当項目に○ をつけ詳細を記入すること)	1.被保険者証不携帯で受診したため(不携帯の理由を申請のため会社へ提出) 2.治療用装具の製作者は保険医療機関ではないため 3.その他()					
	⑰払渡しを希望するところ(請求者名義のものを 記載してください)	京都	銀行	本店	普通 貯蓄 当座	口座番号	カナ キョウセラ ジロウ
		信用金庫	支店		口座名義人	京瀬良 次郎	

委 任	⑱この欄は請求金 の受領を人に 頼むときだけ記入 してください。	上記療養費の受領を 住所 氏名 _____ 印に委任します。 平成 年 月 日 被保険者 _____ 印	受付印

この申請書は...

被保険者または被扶養者が保険医療機関等について診療を受けることが困難な場合、またはやむを得ず保険医療機関等以外の医師またはその他の者に診療または手当をうけた場合に、その診療または手当に要した費用を受けるために申請するものであること。

添付書類

(証明書等が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付してください。)

- 療養に要した費用について医師から裏面の領収書に記入捺印を受けるか、または療養の内容が明記された別の領収書。
- 血液代に関する支給申請の場合は、輸血を必要と認めた医師の証明書および血液代の領収書。
- コルセット・ギブス・義肢等に関する支給申請の場合は、装着が傷病の治療に必要と認めた医師の意見書および明細のわかる製作者の領収書。
- 傷病の原因が第三者の行為によるものであるときは、「第三者による傷病届」。

治療用装具（コルセット等）を装着したとき ※医師の証明(意見書・装着証明書)
装具の製作者に支払った際の領収書

※支給額	円	資格	取得	平成 年 月 日	
内訳	法	円	円	喪失	平成 年 月 日

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (立替払 治療用装具・生血)
家族

◎※印の欄は記入しないでください。

被 保 険 者 の 記 入 す る 欄	①被保険者証の 記号・番号	記号 1	②請求者 (被保険者) の氏名と印	京瀬良 次郎	③ 印		
	④請求者 (被保険者) の現住所	〒 614-8501 京都市伏見区1-2					
	⑤事業所の名称	京セラ(株)本社					
	⑥療養が被扶養者に関するときはその者の	⑦氏名	京瀬良 大輔	⑧生年月日	昭和 10年 3月 7日 平成	⑨被保険者との	長男
	⑦傷病名	左手首骨折		⑩発病又は負傷の年月日	平成17年1月30日		
	⑨発病又は負傷の原因(いつ・どこで・)	サッカーの試合中、相手とぶつかって		⑩傷病の経過			
	⑪第三者行為によるものですか	はい <u>いいえ</u> 交通事故など第三者におわされた傷病であれば”はい”に○					
	⑫診療を受けた病院等	名称	△△△病院	医師氏名	<input type="checkbox"/>		
		所在地	京都市中京区56-79				
	⑬診療又は手当の内容	診察・投薬		⑭診療又は手当に要した費用額	56,234円		
⑮診療又は手当の期間及び入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間 平成 ¹⁷ 年 ¹ 月 ³¹ 日装具装着		入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間			
⑯被保険者証で受診しなかった事由(該当項目に○をつけ詳細を記入すること)	1.被保険者証不携帯で受診したため(不携帯の理由:) 2.治療用装具の製作者は保険医療機関ではないため 3.その他()						
⑰払渡しを希望するところ(請求者名義のものを記載してください)	京都	<u>銀行</u> 信用金庫	<u>本店</u> 支店	普通貯蓄 当座	口座番号 123456 口座名義人 京瀬良 次郎		

委 任 欄	⑱この欄は請求金の受領を人に頼むときだけ記入してください。	上記療養費の受領を 住所 氏名 _____ 印に委任します。 平成 年 月 日 被保険者 _____ 印	受付印

この申請書は・・・

被保険者または被扶養者が保険医療機関等について診療を受けることが困難な場合、またはやむを得ず保険医療機関等以外の医師またはその他の者に診療または手当てを受けた場合に、その診療または手当に要した費用を受けるために申請するものであること。

添付書類

(証明書等が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付してください。)

- 療養に要した費用について医師から裏面の領収書を受けるか、または療養の内容が明記された別の領収書。
- 血液代に関する支給申請の場合は、輸血を必要と認めた医師の証明書および血液代の領収書。
- コルセット・ギブス・義肢等に関する支給申請の場合は、装着が傷病の治療に必要と認めた医師の意見書および明細のわかる製作者の領収書。
- 傷病の原因が第三者の行為によるものであるときは、「第三者による傷病届」。