

健康保険被保険者療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号と番号	記号 番号	② 被保険者の 氏名 生年月日		(フリガナ) 昭和・平成 年 月 日	
	③ 被保険者の 現住所	〒 _____ Tel ()				
	④ 事業所の名称					
	⑤ 傷病名			⑥ 発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日	
	⑦ 発病又は負傷の原因					
	⑧ 傷病の経過					
	⑨ 診療又は手当を受けた病院等	ア 名称			イ 診療した 医師氏名	
			ウ 所在地			
	⑩ 診療又は 手当の内容					
	⑪ 診療又は手当の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間	⑫ 診療又は手当に 要した費用の額	円
	⑬ 療養の給付を受けることが できなかった理由					
	⑭ 傷病が第三者の行為によるものであるときは、その事実、第三者の住所、氏名 (住所氏名が不詳であるときはその旨)					
	⑮ 被扶養者が受ける ためのものである ときは、その者の	ア 氏名	(フリガナ)		イ 被保険者 との続柄	
			生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	⑯ 振込口座	金融機関 (フリガナ) 銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店名 (フリガナ) 本店 支店 出張所	種別 普通 ・ 当座	口座番号	
	備考					
委任状	<p>私は _____ を代理人と定め次の権限を委任する。</p> <p>1. 令和 年 月 日請求した療養費の受領に関すること。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">本人 住所 氏名</p>					

(健則第53条、第63条の4)

領収（診療）明細書

患者氏名		傷病名		診療実日数	日
診療の内訳 (点)			金額 (円)	薬名、用量等の明細	
初診		回			
再診	再診	回			
	外来管理加算	× 回			
	時間外 休日 深夜	回			
指導		回			
在宅		回			
投薬	内服 薬剤	単位			
	調剤	× 回			
	屯服 薬剤	単位			
	外用 薬剤	単位			
	調剤	× 回			
	処方	× 回			
注射	皮下筋肉内	回			
	静脈内	回			
	その他	回			
処置	処置	回			
手術	手術・麻酔	回			
	薬剤				
検査	検査	回			
	薬剤				
画像診断	画像診断	回			
	薬剤				
その他	処方せん	回			
	その他				
	薬剤				
入院	入院期間	平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで	日間		
	入院基本料・加算	× 日間	点	円	食事基準
	特定入院料・その他		点	円	食事療養費金額
合計点数			合計金額	領収金額	
点			円	円	

上記のとおり領収しました。

令和 年 月 日

所在地
医療施設の 名称
医師 名

※上の明細書に代えて、診療報酬明細書等の用紙により、医療機関の名称・所在地・医師の氏名の表示がある証明書を作成して差し支えありません。

療養費申請についての注意事項

次の場合において、医療機関等で医療費の全額を支払った場合、療養費の申請をすることができます。

- a. 緊急時、または帰省中などで、保険証を持たずに医療機関にかかったとき
- b. 医師が必要と認めた、治療用装具(コルセット)を作成し、製造業者に代金を支払ったとき
- c. 以前に加入していた健康保険の資格がなくなった後に、その保険で診療を受け、その健康保険から医療費の請求があり、返還したとき

《添付書類》

「療養費支給申請書」に、それぞれ上記の記号に該当する書類を添付してください。

- a. ① 「療養費支給申請書」の裏面に、医療機関で診療内容の証明を受けたもの
(裏面の書式の代わりに、医療機関所定の用紙(診療報酬明細書(レセプト))に証明を受けたものでもかまいません)
 - ② 領収書(原本)
- b. ① 意見書・装具装着証明書 …… 医師が発行したもの(原本)
 - ② 領収書(原本) …… 明細書がある場合はその(原本)
 - ③ 靴型装具に係る申請の場合 …… その装具の写真
- c. ① 診療報酬明細書(レセプト) …… 以前加入していた保険組合から取り寄せたもの
 - ② 領収書(原本)

以上にくわえ、外傷(ケガ)によるもの場合は、別途「負傷原因届」が必要になります。

《還付金額》

自己負担の3割(6歳未満は2割・高齢受給者はそれぞれの負担割合)を差し引いた残りの金額が還付されます。

- * 上記aのときは、保険外診療扱いになるため、実際に支払った金額とは異なる場合があります。
- * そのほか、保険外診療分が含まれる場合は還付の対象にはなりません。

以上の内容でわからないことがありましたら、大阪自動車整備健康保険組合へおたずねください。

TEL 06-6762-6371