

# 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 の 状 況	① 被保険者証の 記号と番号	記号 番号	② 被保険者の 氏名と印  生年月日	(フリガナ)  大・昭・平 年 月 日	③  印	
	④ 被保険者の 現住所	〒 _____ 番 _____ 号 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 Tel ( ) _____				
	⑤ 事業所の名称	_____				
	⑥ 傷病名	_____	⑦ 発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日		
	⑧ 発病又は負傷の原因	_____				
	⑨ 傷病の経過	_____				
	⑩ 診療又は手当を受けた病院等	ア 名称 ウ 所在地	_____	イ 診療した 医師氏名	_____	
	⑪ 診療又は手当の内容	_____				
	⑫ 診療又は手当の期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	⑬ 診療又は手当に 要した費用の額	_____ 円	
	⑭ 療養の給付を受けることが できなかった理由	_____				
	⑮ 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)	_____				
	⑯ 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 生年月日	(フリガナ) 大・昭・平 年 月 日	イ 被保険者 との続柄	_____	
	⑰ 備考	_____	振込希望の 銀行	銀行 (フリガナ) 名義人	支店 普・当・貯 口座番号	_____
委任状	私は事業主 _____ を代理人と定め次の権限を委任する。 1. 平成 年 月 日請求した療養費の受領に関すること。 _____ 平成 年 月 日 本人 住所 _____ 氏名 _____ 印					

(健康保険法第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						
麻毒 調基									
注射	皮下筋肉内		回						
	静脈内		回						
	その他		回						
処置	処置		回						
薬剤	薬剤								
手術	手術・麻酔		回						
薬剤	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	年	月	日から平成	年	月	日まで	日間
	入院基本料・加算	×	日間	点	円	食 事 基 準	円×	日	
	特定入院料・その他			点	円		食事療養費金額	円	
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。

平成 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・印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保険組合の資格がなくなった後に、その保険で診療を受け、その保険組合から医療費の請求があり、返還したとき
- d. 海外で治療を受けたとき（治療目的で海外へ行かれた場合を除きます）

### 《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(写)……明細書がある場合はその(写)
- 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)
- d. ① 診療内容明細書(様式A) ・ 領収明細書(様式B)または領収明細書(歯科)
- ② ①の証明を翻訳したもの(翻訳者の住所・氏名を記載してください)
- ③ 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「負傷届」が必要になります。

### 《還付金額》

自己負担の3割(3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。
- \* 上記dのときは、日本における診療に換算した金額での還付になりますので、実際に支払った金額と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