

# 健康保険被扶養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	〒 _____ 市 _____ 区 _____ 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	_____	イ 診療した医師氏名	_____	
		ウ 所在地	_____			
	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	_____	日間	⑬ 診療又は手当に要した費用の額	_____ 円
平成 年 月 日まで		_____				
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	_____	イ 被保険者の続柄	_____		
	生年月日	大・昭・平 年 月 日	_____			
⑰ 備考	振込希望の銀行	_____	支店	普・当・貯	口座番号	
	銀 行	(フリガナ) 名義人	_____			
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 _____ 住所 本人 氏名 _____ 印					

(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	
麻毒 調基			
注射	皮下筋肉内	回	
	静脈内	回	
	その他	回	
処置	回		
手術	手術・麻酔 薬剤	回	
検査	検査 薬剤	回	
画像診断	画像診断 薬剤	回	
その他	処方せん 薬剤	回	
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 食事療養費金額 円× 日 円
	特定入院料・その他 点	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