

主な添付書類 立替払いのとき ⇒ 領収書、診療報酬明細書
 治療用器具の支払のとき ⇒ 領収書、医師の作成指示書
 治療用器具(弱視)の支払のとき ⇒ 領収書、医師の作成指示書(傷病名が書いてあるもの)

状況別の「添付書類」とご記入いただいた「申請書」を一緒にして、事業主経由でご提出ください

被保険者 療養費支給申請書
 被扶養者

領収(診療)明細書

(注意事項)輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請の時は、「医師の証明書」のほか、これに要した費用の「領収書」を添付してください。

被保険者証の記号・番号	記号 123	所属法人事業所名 (株)〇〇オートボックス
	番号 45678	所属法人事業所所在地 (本社の住所)〇〇県〇〇市〇〇〇 1-2-3 電話 000-000-0000
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)		
傷病名	右足捻挫	
発病又は負傷の原因	自宅にて階段を踏み外したため	
傷病の経過	注:医療機関ごとにわけて、申請書をご提出ください 薬局での支払もある場合は「医療機関」と「薬局」それぞれの申請書が必要です	
診療を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称 〇〇総合病院	所在地及び電話番号 〇〇県〇〇市〇〇 1-1-1 電話 000-000-0000
診療の内容	装具などの装着指示を受けた日 年 月 日	
診療を受けた期間	自 令和〇年〇月〇日 至 令和〇年〇月〇日 〇日間	診療に要した費用の額 8,888
診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生労働大臣が定める療養を含むときはその旨		
療養費の申請理由	保険証手続き中のため、手元に保険証がなかった	

(月 日から 月 日までの分)

職務上の事由	職務上・下船後3月以内・通勤災害	傷病名
初診 休日夜	注射 皮下筋肉内・静脈内 その他	回 回
再診 再診時間外 休日夜	検査 薬剤	回 回 回
往診 普通 夜深夜		
投薬 外用剤 外用調剤	手術 薬剤	回
入院 1月未満 1月~3月未満 3月以上 給食の有無	その他 合計	回

注:立替払いをしたときの申請の場合で「診療報酬明細書」を添付できないときはこの欄に病院で証明をもらって下さい
 「診療報酬明細書」がある場合、また治療用器具作成のときなどは、この欄は不要です

上記のとおり領収(診療)いたしました。

(注意事項)
 1 すでに領収書を発行しているときは「領収」の字句を消して「診療明細書」として下さい。
 2 歯科診療の場合は別に領収(診療)明細書を作成して下さい。
 3 輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは「治療のため必要と認める旨の証明書」を交付して下さい。この場合、左の領収(診療)明細書の記入は必要ありません。

注:診療(ケガ又は病気)が扶養者に関するときはその方のご記入ください

加害者の氏名	
加害者の住所	
被扶養者に関する申請のとき	被扶養者氏名 健保 花子
	生年月日 昭和〇〇年〇月〇日 続柄 妻
金融機関の名称	(銀行番号 〇〇〇) (支店番号 〇〇〇) 〇〇〇 〇〇〇〇〇 銀行 信用金庫 信用組合 農協 支店 出張所
預金種目	普通預金・当座預金 口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
口座名義(カタカナで記入)	ケンポ タロウ

注:口座番号・口座名義はお忘れなくご記入ください
振込口座は被保険者の口座をお願いいたします

上記のとおり申請します
 令和〇年〇月〇日 住所 **〇〇県〇〇市〇〇〇 8-8-8**
 被保険者の氏名 **健保 太郎**
 オートボックス健康保険組合理事長 殿
 注:住所、氏名はお忘れなくご記入ください

注:所属している法人事業所名と本社住所をご記入ください(店舗ではありません)

今回の申請にいたった理由をご記入ください。
 例1「外出中に体調を崩し、近くの病院で診察してもらったが保険証を携帯していなかったため」など
 例2「扶養認定後に以前の保険証を使用してしまったため」など
 例3 治療用器具の作成のときは「治療用器具作成のため」、弱視などの治療用眼鏡作成のときは「治療用眼鏡作成のため」など

注:銀行の統合などに伴い、支店名が変更していませんか?支店名は正しくご記入ください