

健康保険 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書

被 保 険 者 の 申 請 者 の 記 入 欄	被保険者証 の記号番号	(記号) _____ (番号) _____	事業所名				
	被保険者の氏名		被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日
	被保険者の住所	〒 _____ TEL _____ (_____)					
	傷病名		発病又は負傷 年月日		年	月	日
	発病又は負傷の原因			傷病の経過			
	診療又は手当を受けた医師・ 歯科医師等住所氏名	名称				医師名	
		所在地					
	診療又は手当の内容						
	コルセット等装具装着年月日		年	月	日	装着	
	診療又は手当の期間	年	月	日から	日間	診療又は手当に要した 費用の額	金
	年	月	日まで				
保険診療を受けることが できなかった理由							
傷病が第三者の行為によ るものであるときはその事 実、及び第三者の住所氏 名							
申請が被扶養者に関する ものであるときはその氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日

口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人の欄」の記入が必要です。

振 込 口 座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
		(フリガナ)	普通 当座 その他(_____)		(フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			受付年月日		
	年 月 日			委任者との関係(_____)		
	被 保 険 者 (申 請 者) 氏 名	住所		住所		
		氏名		電話 (_____)		
		氏名				

※裏面の注意事項を参照のうえ、申請する際は添付書類を忘れないようにして下さい。

療養費支給申請書についての注意事項

次の場合、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。

1. 緊急時、または旅行（帰省）中などで保険証を持たずに医療機関を受診したとき
2. 医師が必要と認めた治療用装具（コルセット等）を作成し、義肢作成業者に代金を支払ったとき
3. 小児弱視等の治療用眼鏡等を作成したとき
4. 以前に加入していた健康保険組合等の資格がなくなった後に、その保険証を使用し診療を受け、その健康保険組合等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』にそれぞれ上記の番号に該当する書類を添付してください。

1. ①病院からの診療報酬明細書（傷病名や診療内容の記載があるもの）の原本
②領収書の原本
2. ①意見書・装具装着証明書（医師が発行したもの）の原本
②領収書の原本（内訳の記載があるもの）
③領収書に内訳の記載がない場合は、内訳の記載がされた書類（明細書等）のコピー
④靴型装具を作成した場合は、その装具の写真
3. ①医師が作成した「治療用眼鏡等の作成指示書」の原本（傷病名の記載があるもの）
※傷病名は、小児の弱視、斜視および先天性白内障術後の屈折矯正
②検査書（「治療用眼鏡等の作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合には、視力等の検査結果のわかるコピー）
③領収書の原本
4. ①診療報酬明細書（レセプト）・・・以前加入していた健康保険組合等から取り寄せたもの
②領収書の原本

以上に加え、捻挫・骨折等の外傷による場合は別途「負傷届」が必要となります。

※記入方法・添付書類等不明な点があれば、健康保険組合までお問い合わせください。

大阪自転車健康保険組合
電話 06-6777-9872