

支給額	支払年月日	常務理事	事務長	係

被保険者

療養費支給申請書

被扶養者

提出日 平成14年 6月 5日

処理区分	立替払等・治療用装具・その他
------	----------------

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号番号	記号 1100 番号 1234	被保険者の (申請者) 氏名と 生年月日	宝 純 M.T.S.H 40年 10月 10日	印
	事業所名 所在地	宝ホールディングス株式会社 TEL075-XXXX-XXXX 京都市下京区四条通烏丸東入長刀鉾町20番地			
	申請が被扶養 者に関するもの であるとき	氏 名	生 年 月 日	続 柄	
	傷 病 名	宝 松子	昭和 42年 8月 8日	妻	
	発病又は 負傷の原因	左膝内側靭帯損傷 発病又負傷の 年月日 平成 14年 5月 20日 (15 時頃)			
	診療を受けた病院 等の名称及び 住所	名 称 一刻整形外科	医師の氏名	一刻 太郎	
	診療の期間 (支給期間)	自 平成24年 5月20日から 至 平成24年 5月24日まで 5 日間	入院	外来	
	入院の場合 入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	治療に要した 費用額	金 25,000 円也	
	診療又は 手当の内容	通院治療継続中			
	健康保険を受 けることができ なかった理由	装具着用のため			
医療助成につい て	1. 受けている () 2. 受けていない				
傷病が第三者 の行為による ときはその事 実並びに第三 者の住所氏名					
振 込 先 口 座	銀行コード		銀行名		通常の場合、給与とともに支払う ので、この欄は記入不要です。
	店番号		支店名		
	預金種目	普通 当座	口座番号		
	口座名義	漢字 カタカナ			
委 任 状	私は 貴組合を代理人と定め平成 年 月 日に請 求した療養費、金 円也の受領方を委任します。			※受付印	
	本人 所	京都市下京区四条通東洞院〇×△◇		印	
	代理人 所	氏名 宝 純		印	
	氏名			印	

宝グループ健康保険組合

領 収 書	金 円 也領収いたしました。	平成 年 月	通常の場合、給与とともに支払う ので、この欄は記入不要です。
	宝グループ健康保険組合理事長殿	氏名	

緊急やむを得ず保険証を携帯しなかったこと
による立替払の場合は、この欄を医師に記

領収（診療）明細書

患 者 名		傷 病 名	
入院外		入院	
初 診	時間外・休日・深夜	初 診	時間外・休日・深夜
再 診	時間内 時間外 休日・深夜	投 薬	
往 診	普通・難路 夜間・暴風雨雪 同、家 屋	注 射	皮下筋肉内 静脈内
指 導		処 置 及 び 手 術	材料 麻酔 薬剤
投 薬	内服 屯服 外用 調剤	検 査	レントゲン 透視 造影剤
注 射	皮下筋肉内 静脈内	入 院	1月未満 1月～3月未満 3月以上 給食の 有・無
検 査		合 計	
レ ン ト ゲ ン	透視 造影剤		
処 置 及 び 手 術	材料 麻酔 薬剤		
そ の 他			
円		円	

上記のとおり領収（診療）いたしました。	
平成 年 月 日	住所
	医師の 氏名
	印

添付書類・立替払をした医療の請求の場合 領収証
・コレット等の治療用装具費用の請求の場合 医師の意見書、装具装着証明書、領収証

【記入上の注意】

- 1 標題の「被保険者」・「被扶養者」の文字は、いずれか該当する方を○で囲んでください。
- 2 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に第三者行為による傷病届をこの書類に添付してください。
- 3 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して氏名欄の認印を押し、その上に正しい字句を記入してください。

【添付書類についての注意】

- 4 歯科診療に関する申請のときは、別の領収書をつけてください。
- 6 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収書」をつけてください。
- 7 コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、それらの「意見書」「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明」及び「実費についての領収証書」をつけてください。
- 8 海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」及び「診療明細書」をつけてください。
なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

【備考】

すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療証明書」として所定の事項を記入してもらってください。