

医療費（立て替え払い分）を請求するとき

保険証を忘れてしまったときや、誤って以前の健康保険の保険証を使ってしまったとき等、全額自費で受診した場合には「療養費支給申請書」にてご請求ください。後日、立て替えた医療費が療養費として払い戻されます。

- 申請書類：「療養費支給申請書」（単票）
 - 申請期限：治療費等を支払った日の翌日から2年以内
 - 添付書類：「診療費の領収書（原本）」
「診療報酬明細書」
「調剤報酬明細書（調剤薬局の場合）」
- ただし、外傷性の傷病名の場合は「負傷原因届」が必要となります。

被保険者・被扶養者の別をで囲んでください。

被保険者・家族 療養費支給申請書 (第 1 回目)

被 保 険 者	被保険者証 記号	123	事業所名(または勤務していた事業所名) 株式会社	
	被保険者番号	9999		
保 険 者	被保険者(申請者)氏名	フリガナ ケンボ タロウ 氏名 健保 太郎	印	
	被保険者(申請者)現住所	〒 1 2 3 4 5 6 7 東京都中央区大伝馬町 - -	自宅電話 03-1234-5678	携帯電話 090-1234-5678
病 名	傷病名	肺炎	発病・負傷の年月日	平成 22 年 6 月 15 日
	発病又は負傷の原因及びその経過	風邪をこじらせた	療養の給付を受けることが出来なかった理由	保険証なしで受診した為
記 入 す る と こ ろ	診療(治療)内容	点滴と投薬		
	診療を受けた病院等	所在地 東京都墨田区 - -	名称 病院	医師名
受 取 る 欄	治療用装具の装着日	平成 年 月 日	診療に要した費用	32,500 円
	診療の期間	平成 22 年 5 月 23 日から平成 22 年 5 月 26 日	まで・現在治療中	
こ の 欄	傷病が第三者の行為によるものですか	アはい(第三者の氏名と住所)	イいいえ	
	療養が被扶養者に関する請求である時はその者の	フリガナ氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日生

この請求書に記載されている個人情報は支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません。

被保険者印を必ずご捺印ください。

療養の対象がご家族(被扶養者)の場合、その方の氏名をご記入ください。

被保険者以外の方が療養費を受け取る場合には、被保険者氏名のご記入と被保険者印をご捺印のうえ、代理人の欄にご記入・ご捺印ください。

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)氏名	印
	住所	
	代理人氏名	印

被保険者本人の振込口座をご記入ください。なお、代理人の方が受け取る場合には代理人の口座をご記入ください。

「代理人に受領委任する場合、「支払金融機関欄」は代理人名義の口座を記入しそれ以外は被保険者名義の口座を記入して下さい。

支払金融機関欄	金融機関コード	123	銀行	支店番号	456	金庫	大伝馬町	本店
	口座番号	普通・当座	1	2	3	4	5	6
	口座名義(カタカナ)	ケンボ タロウ						

自費診療の場合に添付する「領収明細書」は、暦月ごと、入院・通院ごとに作成してください。
捻挫・骨折等外傷性傷病は、「負傷原因届」を添付してください。
負傷の原因が第三者によるものであるときは、「第三者の行為による傷病届」を添付してください。

療養費や傷病手当金を申請するとき、外傷性の傷病名の場合は「負傷原因届」のご提出をお願いしております。

健保使用種			
常務理事	事務長		担当者

負傷原因届

記号	1234	番号	9999	被保険者氏名	健保 太郎	様
				対象者氏名 (被扶養者の場合)	本人	様
傷病名	例) 骨折、切創、打撲					
受診医療機関	名称	病院				
	初診日	平成23年5月22日				

上記の傷病の原因及び状況等について調査致したく、下記事項にご回答ください。

負傷の日時	平成 22年 5月 22日 (火 曜日)	午前 3時 30分 (頃)	午後
負傷のときは	出勤途中・勤務中・休憩中・その他 () 退勤途中・出張中 (休日)		
負傷日の勤務時間	午前 時 分 から	午後 時 分 まで	
負傷の場所 (どこで)	例) 自宅、職場、公園 (付近)		
負傷の原因	例) 屋根の修繕の際に屋根から落ちて右足を骨折した。 例) 仕事中、誤ってハサミで中指を切ってしまった。 例) 帰宅中に信号無視をしたバイクと接触して、腰を強く打った。 例) 公園で散歩中の犬に、左腕を噛まれた。		
あなたの職種 (仕事の内容)	美容師	勤務先の名称	株式会社
		勤務先の電話	03 (1234) 5678
通常の通勤経路及びその方法	(自宅) - 駅 - 駅 - (勤務先)	所要時間	(1 時間 0分)
治療期間	① 平成 22年 5月 26日まで	現在も治療中である	転医
他人の行為で負傷したときはその人の氏名		第三者行為による傷病届を提出しましたか	提出済 未提出

上記のとおり相違ありません。
平成 年 月 日

〒123-4567

住所 東京都中央区日本橋大伝馬町 - -

氏名 健保 太郎 (健保) 35 歳

電話 03 (1234) 5678

被扶養者に関する回答の場合、アルバイト・パートタイマー等で勤務していた日の負傷の場合はその勤務状況等をご記入下さい。

第三者行為による負傷の場合には速やかに「第三者行為による傷病届」を提出してください。

ご回答済の場合は、行き違いですのでご了承ください。

この照会を負傷の原因が第三者の行為によるものか、又は労災に該当するか否か確認する為のものであり、本人の同意を得ることなく第三者に情報提供いたしません。

該当箇所を で囲んでください。

勤務中や通勤退勤途中での傷病の場合は、労災保険の対象となりますので保険証は使えません。労災保険への切り替えをお願いいたします。

具体的な場所をご記入ください。

できる限り詳しくご記入ください。

扶養の方についてご回答いただく場合、職種や勤務先、通勤経路は記入不要です。

第三者行為(交通事故、喧嘩等)による傷病の場合は「第三者行為による傷病届」をご提出ください。

必ずご捺印ください。