〇本申請に関する給付金の受領を代理人に委任する場合は必ず⑮委任状欄に記入して下さい〇記入の方法は3、4ページを参照してください

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(第

(立替払等、治療用装具、生血)

1 ページ/4 ページ 必ず全ページ合わせて ご提出ください。

回目)

| | | | | | _ | | | 1 | | | | | | | | | |
|--------------|----------|-----------------------|----------------|-----------------------------|------------|---------|----------------------|-----|------|--------|----|--------------|----|---|------|-----|--------|
| | ① | 被保険者の | 記 号 | | | 被 保 (申詞 | 険 者 | | | | | | | | | | |
| | 1 | 記号・番号 | 番号 | | 2 | 氏 | _{用白}) 名 | | | _ | | | | | | | |
| | 3 | 被 保 険 者 の生年月日 | 昭和平成 | 年 | 月 | 日 | ④ 事 | 業 | 所 名 | | | | | | | | |
| | 5 | 被保険者 (申請者) の現住所 | Ŧ | | | | | | | 電話 | | (| | |) | | |
| 址 | 6 | 療養が被扶養者に関するときはその方の | 氏名 | | | | | | 生年月日 | | 年 | 月 | | 日 | 被保険 | | |
| 被保険者が記入するところ | 7 | 傷病名 | | 発病または負傷の (8) 年月日 (療養開始日) | | | | | | | | | 年 | | 月 | 日 | |
| 光 す | | 発病または 負 傷 原 因 | 令和 | 年 月 | | 日 | () | | 時 | 分词 | Ī | | | 第 | 者の行為 | による | らものですか |
| るところ | 9 | | 負傷の場合 | 合、3ページ | あ 「 | | 国記入欄 | IJŧ | 記入し | てください。 | | | 10 | は | い | | いいえ |
| | | 診療を受けた | 名 称 | | | | | | | | 診療 | した医師名 | | | | | |
| | 11) | 保険医療機関等 | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | |
| | (12) | 診療の期間 | 自 令和 | 年 | 月 | 日 | 日間 | 入 | 院 | 入院のとき | は | 自 令和 | | 年 | 月 | 日 | 日間 |
| | (L) | 入・通の別 | 至 令和 | 年 | 月 | 日 | 디티 | 通 | 院 | 入 院 期 | 間 | 至 令和 | | 年 | 月 | 日 | |
| | 13) | 診療の内容 | | | | | | | | | | 療に要し 貴用の額 | | | | | Ħ |
| | 14) | 療養の給付を多 きなかった理 | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | 本請 | 求に基 | づく給付金の受領方を下記代理 | 人に委任します。 | | | | 令和 | 年 | 月 | E | 提出 |
|-------|-----------|----|-----|----------------|----------|-----------------|---|-----|----|---|---|---|----|
| | | | | | 令和 | 年 . | 月 | B / | 受 | 付 | 日 | 付 | 印 |
| 15委任状 | 被保険者 | 住 | 所 | | | | | | | | | | |
| | | 氏 | 名 | | | | | | | | | | |
| | | 住 | 所 | | | | | | | | | | |
| | 受領 代理人 | 氏 | 名 | | | 委任者と代理人 との関係 | | | | | | | |
| | | 電話 | 番号 | | | | | | | | | | |

社会保険労務士の 提 出 代 行 者

東京都自動車整備健康保険組合

| | | | | | 領収(| 診療 |) [| 月細: | 書 | | | | | |
|--------|---|---------------------|--------------|-----------------------|-------------------|----|--------|--------|------------|----------|----------|---|----------------|---|
| 患 | 诸名 | | | | | | 傷病 | 名 | | | | | | |
| | | | , | 入 院 外 | | | | • | | 入 | 院 | | | |
| 初 | 〕診 | 時間 | 外•休日 | •深夜 | | 回 | 初 | 診 | 時間外 | •休日• | 深夜 | | | 口 |
| 再診 | 再 外 来管 理 時 間 休 深 | | | × × × × × | | | 投 薬 | 内頓外調麻調 | 服服用剤毒基 | | | 単位 単位 単位 日 日 | | |
| 指導 | | | | | | | 注 射 | 静』 | 筋肉内 脈 内 | | | | | |
| 在宅 | 往夜深在宅まで | 者訪問診 | 潦 | | | | 処置縣 | 薬剤薬剤 | か 他 | | | | | |
| | 内服頓服 | { | 薬剤薬剤 | × | 単位 回 単位 | | 検 査 | 薬剤 | | | | □□ | | |
| 投薬 | 外用処方麻毒 | { | 薬剤調剤 | × × | 単位 回 回 回 | | 診断をの他 | 薬剤薬剤 | | | | □□□ | | |
| 注 射 | 調基 皮下筋 静 脈 そ の | 内 | | | 0 0 | | | 病 | 院年月日 | 入院 | 年 | 月 × × | 日間日間 | |
| 処置 | 薬 | 剤 | | | | | 入 | | | 料 | | × | 日間 日間 日間 | |
| 手術· | 薬 | 剤 | | | _ | | 院 | | | 入院時医学管理料 | | × × × | 日間 日間 日間 | |
| 検 査 | 薬 | 剤 | | | <u> </u> | | | | 院料・その他 | 41 | | | | |
| 診断 | 薬 | 剤 | | | <u> </u> | | 食 | 基準 | | | 円× 円× | | 日間日間 | |
| その他 | 処 方 薬 | せん 剤 | | × | <u> </u> | | 事 | | | | 円× 円× | | 日間日間 | |
| 弇 | | | | | | 円 | 弇 | | | | | | | 円 |
| T | 医療 医療 | とおり 機関のF 機関の電 | 所在地) 名 称 | (診療) し | いたしました | 0 | | | 令 | 和 | 年 | | 月 | 日 |

| 負 | 傷原因記入欄 | 初回申請時のみ記入してください 相手のいる負傷の場合は、「第三者 | | による傷病届 | 」が必 | 要となります。 | | | | |
|------|------------------|-------------------------------------|------------|--------|------|----------------|-----|------|-----|------|
| 負傷の原 | 因について記入してください | (該当する□にチェック(☑)を記 | | | | | | | | |
| | 【負傷日時・場所】 | 【受診した医療機関】 | | | | | | | | |
| 1.1. | 1. いつケガ(負傷)をし | しましたか | | 6. 診療を | 受けた | 病院名とその期 | 間等 | | | |
| 被 | 令和・平成年 | 月日(曜日) | | 病院名 | | | | | | |
| 保 | □午前・□午後 | 時 分頃 | | 令・平 | 年 | 月~令・平 | 年 | 月口 | 治ゆ | □治療中 |
| | 2. ケガ (負傷) をした日に | t次の日のうちどの日でしたか | | 病院名 | | | | | | |
| 険 | □出勤日 □休日 | (定休日・休暇含む) | | 令・平 | 年 | 月~令・平 | 年 | 月口 |]治ゆ | □治療中 |
| 者 | □その他(| |) | 7. 負傷し | た時の | 伏況 (原因) を | 具体的 | に記入し | てくた | きさい |
| が | 3. ケガ (負傷) をした時に | は次の日のうちどの時間帯でしたか | | | | | | | | |
| ימ | □出勤時間中 □通難 | 1途中(□出勤・□退勤) | | | | | | | | |
| 記 | □出張中 □私用 | □その他(|) | | | | | | | |
| _ | 4. ケガ(負傷)をした場所 | 行はどこでしたか | | | | | | | | |
| 入 | □会社内 □道路上 | □自宅 | | | | | | | | |
| す | □その他(| |) | | | | | | | |
| 7 | 5. ケガ(負傷)をした原因 | 団で次に当てはまる場合がありますが | 5 \ | | | | | | | |
| る | □交通事故 □暴力 | 」 (ケンカ) | | | | | | | | |
| ح | □スポーツ中(□職場の |)行事 □職場の行事以外) | | | | | | | | |
| _ | □動物による負傷(飼し | ・主□有 □無) | | | | | | | | |
| J | 当てはまる原因がある場 | 計合、被害者ですか、加害者ですか | | 8. 申請者 | が代表」 | 取締役等役員の | 場合 | | | |
| ろ | 相手 □有 ➡ □ |]あなたは被害者 | | 労災保 | 険に特別 | 別加入していま | すか | □加入有 | 口加 | 1入無 |
| | |]あなたは加害者 | | | | | | | | |

| | 意 | 見お | よび | 装 | 具 装 着 | 証明書 | | |
|------|----------------|------|-----|---|--------------------|---------------------|----|-----|
| 患者名 | | | | | 生年月日 (該当する元号にO) | 昭和 ・ 平成 ・ 令和 | 年 | 月 日 |
| 疾患名 | | | | | | 入院通院の別 (該当する方に〇) | 入院 | 外来 |
| 上記の治 | お療疾患のか | ため令和 | ——年 | 月 | 日に | | | თ |
| 装着の必 | ♪要を認め <u>☆</u> | 令 和 | 年 月 | | 日に装着しま | した。 | | |
| 以上証 | 明いたしま | ぎす。 | | | | | | |
| 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 医療機 | 関の所在地 | | | | | | | |
| 医療板 | 幾関の名称 | | | | | | | |
| 医療機 | 関の電話番号 | | | | | | | |
| 医 | 師 名 | | | | | | | |

【注意事項】

- ◆ この請求が「被保険者」にかかる申請であるときは、⑥は「該当せず」と記入してください。
- ◆ ③·⑥の元号および⑩は、該当する文字をマルで囲んでください。
- ◆ 診療を受けたのではなく薬剤の支給のみを受けたときや、医師以外の者から手当を受けた ときは、⑪から⑬まではそのように読み替えて記入してください。
- ◆ 傷病の原因が負傷の場合(ねんざ・打撲・擦傷・骨折・打ち身など)は、負傷原因記入欄に記入してください。
- ◆ 傷病が第三者の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」を組合に申請のうえ、作成してこの申請書に添付してください。
 - ※ 「第三者の行為」とは次のようなケースです。
 - ・相手のある交通事故による負傷・不当な暴力、傷害行為による負傷
- ◆ 訂正するときは、必ず二重線で抹消し訂正者の氏名を記入してください、修正液等は使用 しないでください。

【添付書類について】

療養費の種類により添付書類が異なりますので、下記を確認のうえ提出願います。

| 療養費の種類 | 添付書類 |
|-----------|---|
| 医療費を自費 | ●診療内容を記載した証明 |
| で支払ったと | 医療機関が発行する診療報酬明細書(レセプト)の原本を添付していただくか、「領収(診療)明細書」 |
| き (立替払) | 欄に医師に記入していただいてください。(ただし「領収(診療)明細書」欄は歯科診療の場合は使用 |
| | できません) |
| | ●領収書 |
| | 診療に要した費用を証明した領収書の原本を添付してください。 |
| | 【海外で診療を受けた場合】 |
| | 海外で診療を受けた療養費の申請については別の様式がありますので、健康保険組合へお問い合わせ |
| | 願います。 |
| 他の保険者の | ●診療報酬明細書 |
| 保険証を使用 | 医療費を返還した保険者から交付された診療報酬明細書の原本。 |
| し、医療費を返 | 封かんされているときは開封せず封筒ごと添付してください。 |
| 還したとき | ●領収書 |
| | 医療費を返還した保険者から交付された領収書の原本を添付してください。 |
| 治療用装具 | ●医師の「意見および装具装着証明」 |
| 泊 撩 用 表 具 | 医師等が発行する「意見および装具装着証明書」等の原本を添付していただくか、「意見および装具装 |
| | 着証明」欄により医師から記入・証明を受けてください。 |
| | ●領収書 |
| | 装具の名称、種類等、内訳が記載された領収書の原本を添付してください。 |
| | ●検査書(小児弱視等の治療用眼鏡等の場合) |
| | 視力等の検査結果のわかるコピーを添付してください。 |
| 生血 | ●輸血証明書 |
| - " | 輸血を必要と認めた医師の証明書を添付してください。(証明書は輸血の回数が明記されているもの。) |
| | ●領収書 |
| | 血液代金や移送にかかった運賃等の内訳が記載された領収書の原本を添付してください。 |