

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書【立替払い等・治療用装具・生血・海外】

記載例-1

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の	記 号	番 号	氏 名		生 年 月 日	
		9999	9999	渋谷 一郎		昭・平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
	② 事業所の	名 称	〇〇〇〇セメント株式会社		☎ 03(〇〇〇〇)〇〇〇〇		
	③ 被扶養者に 関する申請のとき	氏 名		生年 月 日	昭・平・令	年	月 日 続柄
	④ 傷 病 名	胃腸炎					
	⑤ 発病又は負傷 の原因について	1 病気	原因および経過 旅行先でおなか急に痛くなった				
		2 けが	第三者の行為によるものですか (はい ・ いいえ) *「はい」の場合は『第三者行為の傷病届』を併せてご提出ください。 ☐ 交通事故 ☐ 仕事中 ☐ 通勤中 ☐ 暴力・けんか ☐ その他 負傷日時 年 月 日 (曜日) 時 ころ 負傷の状況・原因を記入してください。(どこで、何をしている時、どのようにして負傷した)				
	⑥ 診療を受けた 病院等	名 称	〇〇〇〇クリニック		診療した医師の 名 前	〇〇 〇〇	
		所在地	〇〇県〇〇〇区			☎ 058(〇〇)〇〇〇〇	
	⑦ 診療期間 (支給期間)	自 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 至 年 月 日	1 日間		⑧ 診療に要した 費用・装具の額	〇, 〇〇〇 円	
	⑨ 診療の内容	診察と薬の処方					
	⑩ 申請の理由	ア) 治療用装具の作成 イ) 以前加入していた保険証による受診 ウ) 輸血の生血代 エ) 緊急やむを得ず自費 (保険証を提示 できなかった理由 旅行先に保険証を持参しなかった為) オ) その他					
カ) 海外で受診 渡航目的・ 滞在の理由 []		同 意 欄	海外で療養を受けた医療機関等にセメント商工健康保険組合が 文書等により当申請内容を照会することに同意します。 被保険者の氏名				
⑭ 被保険者の	上記の通り申請します。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日				受 付 年 月 日		
	住 所	〒100-0000 東京都〇〇〇〇〇〇					
※	受領について (どちらかに✓)	☒ 事業所への委任払いを希望(委任状へ) ☐ 個人口座への振込を希望(振込先へ)					
委 任 状	私は下記の受領責任者を代理人と定め、令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日請求した被保険者療養費、家族療養費の受領方を委任します。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 被保険者の 住 所 〒100-0000 東京都〇〇〇〇〇〇 氏 名 渋谷 一郎 ※委任払いの場合は 代理人の 住 所 〒100-0000 東京都渋谷区〇〇〇 押印をお願いします (受領責任者) 氏 名 〇〇〇〇セメント株式会社 セメント 太郎						
	振込先 銀行 支店 普通 口座番号 (フリガナ) 名義人 当座						
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄							

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書【立替払い等・治療用装具・生血・海外】

記載例-2

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の	記 号	番 号	氏 名	生 年 月 日	
		9999	9999	渋谷 一郎	昭・平・令 〇 年 〇 月 〇 日	
	② 事業所の	名 称	〇〇〇〇セメント株式会社		☎ 03(〇〇〇〇)〇〇〇〇	
	③ 被扶養者に 関する申請のとき	氏 名		生年 月 日	昭・平・令 年 月 日 続柄	
	④ 傷 病 名	ぎっくり腰				
	⑤ 発病又は負傷 の原因について	1 病気	原因および経過)			
		2 けが	第三者の行為によるものですか (はい ・ いいえ) *「はい」の場合は『第三者行為の傷病届』を併せてご提出ください。 ☐ 交通事故 ☐ 仕事中 ☐ 通勤中 ☐ 暴力・けんか ☒ その他 負傷日時 令和 〇 年 〇 月 〇 日 (〇 曜日) 〇 時 〇 分 〇 秒 負傷の状況・原因を記入してください。(どこで、何をしている時、どのようにして負傷した) スーパーの駐車場で、車のトランクにビールケースを入れようと持ち上げたときに 腰に強い痛みをかんじ、立てなくなった。			
	⑥ 診療を受けた 病院等	名 称	〇〇〇〇整形外科病院		診療した医師の 名 前	〇〇 〇〇
		所在地	〇〇県〇〇〇区		☎	058(〇〇)〇〇〇〇
	⑦ 診療期間 (支給期間)	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	⑧ 診療に要した 費用・装具の額	〇〇, 〇〇〇 円	
	⑨ 診療の内容	診断の結果、腰椎用軟性コルセットを装着した。				
	⑩ 申請の理由	(ア)治療用装具の作成 (イ)以前加入していた保険証による受診 (ウ)輸血の生血代 (エ)緊急やむを得ず自費 (保険証を提示 できなかった理由) (オ)その他				
カ)海外で受診 渡航目的・ 滞在の理由 []		同意 欄	海外で療養を受けた医療機関等にセメント商工健康保険組合が 文書等により当申請内容を照会することに同意します。 被保険者の氏名			
⑭ 被保険者の	上記の通り申請します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日				受付 年 月 日	
	住 所	〒100-0000 東京都〇〇〇〇〇〇				
	氏 名	渋谷 一郎				
	セメント商工健康保険組合理事長 殿					
※	受領について (どちらかに✓)	☒ 事業所への委任払いを希望(委任状へ) ☐ 個人口座への振込を希望(振込先へ)				
委 任 状	私は下記の受領責任者を代理人と定め、令和 〇 年 〇 月 〇 日請求した被保険者療養費、家族療養費の受領方を委任します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 被保険者の 住 所 〒100-0000 東京都〇〇〇〇〇〇 氏 名 渋谷 一郎 (印)					
	※委任払いの場合は 押印をお願いします 代理人の 住 所 〒100-0000 東京都渋谷区〇〇〇 (受領責任者)氏 名 〇〇〇〇セメント株式会社 セメント 太郎 (印)					
振込先	銀行	支店	普通 当座	口座番号	(フリガナ) 名義人	
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄						

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書【立替払い等・治療用装具・生血・海外】

記載例-3

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の	記 号	番 号	氏 名	生 年 月 日	
		9999	9999	渋谷 一郎	昭・平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
	② 事業所の	名 称	〇〇〇〇セメント株式会社		☎ 03(〇〇〇〇)〇〇〇〇	
	③ 被扶養者に 関する申請のとき	氏 名		生年 月 日	昭・平・令 年 月 日 続柄	
	④ 傷 病 名	胃腸炎				
	⑤ 発病又は負傷 の原因について	1 病気	原因および経過 食あたり			
		2 けが	第三者の行為によるものですか (はい ・ いいえ) *「はい」の場合は『第三者行為の傷病届』を併せてご提出ください。 ☐ 交通事故 ☐ 仕事中 ☐ 通勤中 ☐ 暴力・けんか ☐ その他 負傷日時 年 月 日 (曜日) 時 ころ 負傷の状況・原因を記入してください。(どこで、何をしている時、どのようにして負傷した)			
	⑥ 診療を受けた 病院等	名 称	〇〇〇〇		診療した医師の 名 前	〇〇 〇〇
		所在地	(ベトナム) 〇〇〇〇 * 国名は日本語でお願いします		☎	〇〇〇〇
	⑦ 診療期間 (支給期間)	自 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 至 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		3 日間	⑧ 診療に要した 費用・装具の額	100,000 VND 円
	⑨ 診療の内容	診察と薬の処方				
	⑩ 申請の理由	ア) 治療用装具の作成 イ) 以前加入していた保険証による受診 ウ) 輸血の生血代 エ) 緊急やむを得ず自費 (保険証を提示 できなかった理由) オ) その他				
カ) 海外で受診 渡航目的・ 滞在の理由		[旅行]	同意 欄	海外で療養を受けた医療機関等にセメント商工健康保険組合が 文書等により当申請内容を照会することに同意します。 被保険者の氏名 渋谷 一郎		
⑭ 被保険者の	上記の通り申請します。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日				受付 年 月 日	
	住 所	〒100-0000 東京都〇〇〇〇〇〇〇				
※	受領について (どちらかに✓)	☒ 事業所への委任払いを希望(委任状へ) ☐ 個人口座への振込を希望(振込先へ)				
委 任 状	私は下記の受領責任者を代理人と定め、令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日請求した被保険者療養費、家族療養費の受領方を委任します。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 被保険者の 住 所 〒100-0000 東京都〇〇〇〇〇〇〇 氏 名 渋谷 一郎 ⑧					
	※委任払いの場合は 押印をお願いします 代理人の 住 所 〒100-0000 東京都渋谷区〇〇〇 (受領責任者) 氏 名 〇〇〇〇セメント株式会社 セメント 太郎 ⑧					
	振込先	銀行	支店	普通 当座	口座番号	(フリガナ) 名義人
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄						