

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 9999	番号 9999	氏名 渋谷 一郎	生年月日 昭和・平成 43年 4月 1日			
	② 事業所の	名称 〇〇〇〇セメント株式会社	☎ 03(1234)5678					
		所在地 東京都渋谷区〇〇〇						
	③ 被扶養者に 関する申請のとき	氏名	生年月日	昭和・平成	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 旅行先でおなかが急に痛くなった)					
		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。					
			<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 通勤中 <input type="checkbox"/> 暴力・けんか <input type="checkbox"/> その他					
	負傷日時		平成	年	月	日	(曜日)	時
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 大阪府大阪市〇〇〇	☎ 06-(7890)1234						
⑦ 診療の期間	自 28年 4月 1日	至 年 月 日	1日間	⑧ 診療に要した 費用・装具の額	3,500 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		⑩		
⑭ 被保険者の	住所 〒100-0000 東京都〇〇〇〇〇〇			渋谷	受付年月日			
	氏名 渋谷 一郎					セメント商工健康保険組合理事長 殿		
委 任 状	私は下記の受領責任者を代理人と定め、平成 28年 4月 2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。							
	平成 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		⑩		
	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		⑩		セメント	
◆ 任意継続および資格を喪失されている方の申請で、上の代理人に委任しない場合に記入してください。								
振込先金融機関		銀行	支店	普通 当座	口座番号	(フリガナ) 名義人		

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の	記号 9999	番号 9999	氏名 渋谷 一郎	生年月日 昭和・平成 43年 4月 1日			
	② 事業所の	名称 〇〇〇〇セメント株式会社	☎ 03(1234)5678					
		所在地 東京都渋谷区〇〇〇						
	③ 被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年月日	昭和・平成	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 発病又は負傷の 原因について 発病又は負傷の 原因について	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。					
			<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 通勤中 <input type="checkbox"/> 暴力・けんか <input checked="" type="checkbox"/> その他					
			負傷日時 平成 28年 4月 3日 ( 日曜日 ) 13 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)  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 東京都〇〇〇〇〇〇〇〇	☎	03-(7890)1234				
	⑦ 診療の期間	自 28年 4月 3日 至 年 4月 10日	3日間	⑧ 診療に要した 費用・装具の額	12,800 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 (印)					
⑭ 被保険者の	上記の通り申請します。平成 28年 4月 2日			受付年月日				
	住所 〒100-0000 東京都〇〇〇〇〇〇〇〇	氏名 渋谷 一郎 (印)	セメント商工健康保険組合理事長 殿					
委 任 状	私は下記の受領責任者を代理人と定め、平成 28年 4月 2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。							
	平成 年 月 日	被保険者の住所 〒100-0000 東京都〇〇〇〇〇〇〇〇	氏名 渋谷 一郎 (印)	代理人の住所 〒100-0000 東京都渋谷区〇〇〇	氏名 〇〇〇〇セメント株式会社 セメント 太郎 (印)			
◆ 任意継続および資格を喪失されている方の申請で、上の代理人に委任しない場合に記入してください。								
振込先金融機関	銀行	支店	普通 当座	口座番号	(フリガナ) 名義人			

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 9999	番号 9999	氏名 渋谷 一郎	生年月日 昭和・平成 43年 4月 1日			
	② 事業所の	名称 〇〇〇〇セメント株式会社	☎ 03(1234)5678					
		所在地 東京都渋谷区〇〇〇						
	③ 被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年月日	昭和・平成	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。					
			<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 通勤中 <input type="checkbox"/> 暴力・けんか <input type="checkbox"/> その他					
			負傷日時 平成 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 診療の期間	自 28年 4月 1日 至 年 月 日	1 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 渋谷 (印)					
⑭ 被保険者の	住所 〒100-0000 東京都〇〇〇〇〇〇		受付年月日	平成 28年 4月 2日				
	氏名 渋谷 一郎 渋谷 (印) セメント商工健康保険組合理事長 殿							
委 任 状	私は下記の受領責任者を代理人と定め、平成 28年 4月 2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。							
	平成 年 月 日	被保険者の 住所 〒100-0000 東京都〇〇〇〇		渋谷 (印)				
		代理人の 住所 〒100-0000 東京都渋谷区〇〇〇		セメント (印)				
	(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							
◆ 任意継続および資格を喪失されている方の申請で、上の代理人に委任しない場合に記入してください。								
振込先金融機関	銀行	支店	普通 当座	口座番号	(フリガナ) 名義人			