

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 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 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 (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	渋谷						
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	渋谷				
		氏名	渋谷 一郎 (印)					
	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)			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
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	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			電話	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	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				電話	03-(7890)1234				
	⑦ 診療の期間	自	28年 4月 3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			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		氏名	渋谷 一郎 (印)					
		代理人の (受領責任者)	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	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。								
			発病又は負傷の 原因について	<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								
			発病又は負傷の 原因について	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		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	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				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		氏名		渋谷 一郎 (印)				
		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)				
◆ 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							