

支給額		円	
支給期間	自	年	月 日
日間	至	年	月 日

どちらかに○印をつけて下さい

--	--	--	--

被保険者  
被扶養者

療養費支給申請書

(第 回 目)

被保険者証の記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	健保 太郎		
	11	12345				
被扶養者の場合はその氏名	氏名	健保 花子	生年月日	昭和 49 年 3 月 3 日	被保険者との続柄	妻
事業所の名称	サンスター技研(株)		事業所の所在地	(〒569-1022) 大阪府高槻市朝日町 3 - 1		
傷病名	右上腕骨折		発病または負傷の年月日	令和 元 年 5 月 10 日		
発病または負傷の原因	自転車で走行中、バランスを崩し転倒					
傷病の経過	コルセット装着後、経過観察					
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称	〇〇整形外科		所在地及び電話番号	〒569-×××× 大阪府高槻市●▲町 12-34	
	氏名	■■■ ××				
診療又は手当の内容	コルセット装着			入院期間	自	年 月 日
				装具装着日		年 月 日
診療又は手当を受けた期間	自	令和 元 年 5 月 10 日	診療又は手当に要した費用の額	金	34,400 円也	
	至	令和 元 年 5 月 10 日 1 日間				
保険診療を受けられなかった理由(詳しく)	① 治療上必要な装具を装着した。 ② 保険証を保険医療機関の窓口に出すことができなかったために、療養給付が受けられなかった。 提出できなかった理由 ( ) ③ その他 ( )					
第三者の行為による負傷であるとき	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">           第三者行為に該当する場合のみ、記入ください。         </div>					
上記の通り申請します。 なお、在職者は所属する事業所を代理人と定め、請求した療養費の受領を委任することに同意します。  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>令和 元 年 5 月 20 日</p> <p>サンスター健康保険組合理事長 殿</p> </div> <div> <p>〒*** - ****</p> <p>被保険者 住所 大阪府高槻市●●町 1-1</p> <p>氏名 健保 太郎</p> </div> </div>						

退職者は振込先を記入してください。(社員の方は給与振込口座に、任意継続の方は給付口座に給付)

振込先	口座名義	フリガナ 氏名					
	郵便局	口座番号(右詰め)	1		0	-	
	銀行	銀行名:				支店名:	
		区分: 普通・当座				口座番号:	

立替払の場合の添付書類・・・①領収書の原本(診療内容がわかる領収書の場合、②は不要)  
 ②診療内容明細書又は医療機関等発行のレセプト原本  
 装具装着の場合の添付書類・・・①診断書又は医師の意見書(原本) ②装具の領収書(原本)  
 ③靴型送付の場合は、写真