

支 給 金 額		月 日
常務理事	<h2 style="text-align: center;">装具装着をした場合の《記入例》</h2> <p style="text-align: center;">例：被扶養者がコルセットを付けたとき</p> <p style="text-align: center;">必要書類：療養費支給申請書、装具装着証明書、領収証書</p>	月 日
		円(第 等級)
決定年月日		月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	46 : 日本新薬株 4607:労働組合 4608:NSシェアードサービス 4609:任意継続者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家 族 (<input type="checkbox"/> 立替払等 <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 輸血)	<h3>療養費支給申請書</h3>		
	証 の記号・番号	46	社員番号 5555	事業所の名称 日本新薬株式会社	
	療養を受けた者が 被扶養者のとき	氏名 新薬文子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 3年3月#日 <input type="checkbox"/> 平成	被保険者 との続柄 妻
	傷 病 名	右前距脚靭帯損傷		発病又は負傷年月日 (療養開始日)	令和 2年 1月 15日
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因	テニスをしている時に転倒して負傷		負傷の場合は原因を詳しく 第三者行為に よるものですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	傷 病 の 経 過	通院加療中 ← 例：治癒、入院加療中、通院加療中等			
	診 療 を 受 け た 病 院 等	名 称 京都病院	診療した医師の氏名 京都一夫		
	診 療 の 内 容	所在地 京都市中京区三条通河原町100 装具装着 (別紙 装具装着証明書の通り)			
	診 療 を 受 け た 期 間 (支給期間)	年 月 日から 年 月 日まで	日 間	診療に要した 費用の額	領収書の金額
	治 療 用 装 具 を 装着した年月日	令和 2年 1月 25日 装着	装 具 の 金 額	15,200 円	
保 険 証 を 使 用 し て 診療を受けることが できなかった理由	治療用装具の製作者が保険医療機関でないため				
上記のとおり請求致します。 令和 2年 1月 27日 〒 604 - 8832 住 所 京都市中京区壬生下溝町15 被保険者 氏名 新薬太郎 (075) 123 - 4567 本人記載 <input checked="" type="checkbox"/> チェック 日本新薬健康保険組合理事長 殿					
委 任 欄	本請求に基づく給付金の受領を 年 記入不要 被保険者氏名		に委任致します。 <input checked="" type="checkbox"/>	受 付 印	

- (添付書類についての注意)
- 診療に関する申請のときは『診療報酬明細書』及び『実費についての領収証書』をつけてください。
 - コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、それらの『装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書』及び『実費についての領収証書』をつけてください。
コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、装具の写真を添付してください。
 - 輸血に関する申請のときは、『輸血を必要と認めた医療担当者の証明書』及び『血液代金の領収証書』をつけてください。

支給決定日		日	
常務理	<h2 style="color: blue;">立替払いをした場合の《記入例》</h2> <p style="color: blue;">例：被扶養者が旅行先で保険証を持たずに受診したとき</p> <p style="color: red;">必要書類：療養費支給申請書、診療報酬明細書、領収証書</p>		
			日
決定年			等級)

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	46 : 日本新薬株 4607:労働組合 4608:NSシェアードサービス 4609:任意継続者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家 族 (<input checked="" type="checkbox"/> 立替払等 <input type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 輸血)	<h2 style="color: blue;">療養費支給申請書</h2>		
	証 の 記 号 ・ 番 号	46	社員番号 5555	事業所の名称 日本新薬株式会社	
	療養を受けた者が 被扶養者のとき	氏名 新 薬 文 子	生年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 3 年 3 月 # 日 <input type="checkbox"/> 令和	被保険者 との続柄 妻
	傷 病 名	急性咽頭炎	発病又は負傷年月日 (療養開始日)	令和 2 年 1 月 2 日	
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因	のどの痛み及び発熱	<input type="checkbox"/> 負傷の場合は 原因を詳しく	第三者行為に よるものですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	傷 病 の 経 過	治 癒 ← 例：治癒、入院加療中、通院加療中等			
	診 療 を 受 け た 病 院	名 称 北海道救急病院	診療した医師の氏名 山本一夫		
	診 療 の 内 容	所 在 地 札幌市中央区旭ヶ丘1-10-1		注：診療内容が分かる 「診療報酬明細書」を必 ず書いてもらうこと → 別紙 診療報酬明細書の通り	
	診療を受けた期間 (支給期間)	令和 2 年 1 月 2 日から 年 月 日まで	1 日間	診療に要した 費用の額	領収書の金額 8,600 円
	治療用装具を 装着した年月日	年 月 日 装着	装具の金額	円	
保険証を使用して 診療を受けることが できなかった理由	旅行中に急に発熱したので救急病院に受診したが、保険証を携帯していなかったため				
上記のとおり請求致します。 令和 2 年 1 月 6 日 〒 604 - 8832 住 所 京都市中京区壬生下溝町15 被保険者 氏名 新 薬 太 郎 本人記載 <input checked="" type="checkbox"/> チェック 日本新薬健康保険組合理事長 殿 ※ 被保険者本人が作成した場合は、「本人記載」にチェック を入れてください。その場合、押印・署名は省略できます。					

委 任 欄	本請求に基づく給付金の受領を 年 記入不要 被保険者氏名	受 付 印
-------------	--	-------------

(添付書類についての注意)

- 診療に関する申請のときは『診療報酬明細書』及び『実費についての領収証書』をつけてください。
- コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、それらの『装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書』及び『実費についての領収証書』をつけてください。
コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、装具の写真を添付してください。
- 輸血に関する申請のときは、『輸血を必要と認めた医療担当者の証明書』及び『血液代金の領収証書』をつけてください。

常務理事	立替払いをした場合の《記入例》 例：被保険者が保険医療機関外の診療所に受診したとき	日
		日
決定年月日		等級)

<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族		<h2 style="margin: 0;">療養費支給申請書</h2>	
<input checked="" type="checkbox"/> 立替払等 <input type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 輸血			
46 : 日本新薬株 4607: 労働組合 4608: NSシェアードサービス 4609: 任意継続者	<input checked="" type="checkbox"/> 証号 46	<input checked="" type="checkbox"/> 社員番号 3333	事業所の名称 日本新薬株式会社
療養を受けた者が被扶養者のとき	氏名	生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
傷病名	左大腿部骨折		発病又は負傷年月日 (療養開始日) 令和 2 年 1 月 23 日
発病又は負傷の原因	スキーで転倒したため		第三者行為によるものですか <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
傷病の経過	現地診療所で応急処置。現在入院加療中。		例：治療、入院加療中、通院加療中等
診療を受けた病院	名称	富良野診療所	
	所在地	富良野市朝日町 1	
診療の内容	注：診療内容が分かる「診療報酬明細書」を必ず書いてもらうこと ⇒ 別紙 診療報酬明細書の通り		領収書の金額
診療を受けた期間 (支給期間)	令和 2 年 1 月 # 日から 1 日間	診療に要した費用の額	45,200 円
治療用装具を装着した年月日	年 月 日 装着	装具の金額	円
保険証を使用して診療を受けることができなかった理由	負傷場所近くに保険医療機関がなかったため		
と	上記のとおり請求致します。		
こ	令和 2 年 1 月 27 日		
ろ	〒 103 - 0023		
	住所 東京都中央区日本橋本町 3		
	被保険者	TEL (03) 3456 - 7890	
	氏名	健 保 花 子	
	日本新薬健康保険組合理事長 殿	<input checked="" type="checkbox"/> 本人記載 <input type="checkbox"/> チェック	
	※ 被保険者本人が作成した場合は、「本人記載」にチェックを入れてください。その場合、押印・署名は省略できます。		
委任欄	本請求に基づく給付金の受領を	に委任致します。	受付印
	年	記入不要	
	被保険者氏名	Ⓜ	

(添付書類についての注意)

- 診療に関する申請のときは『診療報酬明細書』及び『実費についての領収証書』をつけてください。
- コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、それらの『装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書』及び『実費についての領収証書』をつけてください。
コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、装具の写真を添付してください。
- 輸血に関する申請のときは、『輸血を必要と認めた医療担当者の証明書』及び『血液代金の領収証書』をつけてください。