

提供先:被保険者(社員・任意継続被保険者)⇒小野薬品健康保険組合

被保険者  
被扶養者

## 療養費支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号	番号	事業所の名称	小野薬品工業株式会社								
	被保険者名			受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 家族 (被扶養者)							
	被扶養者に関する 申請のとき	氏名		被保険者 との続柄	生年月日	年	月	日					
	傷病名				発病又は 負傷の年月日	年	月	日					
	発病又は 負傷の原因												
	傷病の経過												
	診察又は手当を 受けた医療機関 の名称・所在地 及び医師の氏名	名称			所在地及び 電話番号	〒 -							
		氏名				電話 ( )							
	診察又は手当を 受けた期間	自	令和	年	月	日	日間	入院期間	自	令和	年	月	日
	診察又は手当の内容												
	治療用装具を 装着した日	令和			年	月	日	診療又は手当に 要した費用の額	金	円也			
	療養費の支給申請 の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者証が手元に届いていなかったため <input type="checkbox"/> 被保険者証を持たずに受診したため <input type="checkbox"/> 誤って他の保険者の被保険者証を使用したため <input type="checkbox"/> 海外で受診したため <input type="checkbox"/> 治療用装具を作成したため <input type="checkbox"/> その他 ( )											
	第三者の行為によるもの ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( はいの場合、別途届出が必要です )											
第三者の行為によるもの であるときは、その事実、 第三者の住所および氏名				住所	〒 -								
				氏名									
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 小野薬品健康保険組合理事長 殿 住所 被保険者の 氏名	〒 -												
受取委任の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 <b>*会社を介して給付金を給与口座に振り込むために必要ですので必ず署名下さい。*</b> *但し、任意継続非保険者の方は、当欄への記入は不要です。												

\* 療養費の立替払に関する申請は、受診者ごと、医療機関ごと、診療月ごとに1枚の申請書を作成してください。

例: 被保険者(被扶養者)がA医療機関で4月・5月に受診、B調剤薬局で4月・5月に調剤を受けた場合、申請書は4枚必要です。

添付書類: 診療報酬明細書(レセプト原本)、領収書(原本)

\*「診療報酬明細書(レセプト)」は「診療明細書(医療費の内訳)」とは違いますのでご注意ください。

\* 治療用装具等の関する申請は、受診者ごと、治療用装具ごと、作成月ごとに1枚の申請書を作成してください。

例: 被保険者(被扶養者)がC治療用装具業者・D治療用装具業者で4月にそれぞれ装具を作成した場合、申請書は2枚必要です。

添付書類: 医師の意見書(原本)、装具代金の領収書(原本)、

装具の写真(靴型装具、コルセット等、ただし小児弱視等の治療用眼鏡は不要)

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者