

支給決定伺		常務理事	事務長	担当	担当
支給決定	令和 年 月 日				
支給額	法定給付	円			
	付加給付	円			
備考			取得	年 月 日	
			喪失	年 月 日	

被保険者 **療養費支給申請書**
 被扶養者

記号	番号	被保険者氏名	
被保険者住所	〒 TEL - -		
被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年月日	被保険者との続柄
		昭・平・令 年 月 日	
傷病名		発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日
発病又は負傷の原因			
診療又は手当を受けた医療機関の名称・住所及び医師の氏名	名称	医師氏名	
	住所	TEL - -	
診療又は手当を受けた期間	自) 令和 年 月 日 至) 令和 年 月 日 (日間)		外来入院
入院の場合 入院期間	自) 令和 年 月 日 至) 令和 年 月 日 (日間)	診療又は手当に要した費用の額	円
診療又は手当の内容			
申請理由	1. 治療用装具・コルセットを購入した (装着日: 令和 年 月 日) 2. 保険証を提示出来ずに診療を受けた 3. その他 (理由を明記)	第三者行為によるものですか	いいえ・はい
給付金の受領については、事業主経由で支給いたします。			
1. 在職中の方 (委任状)	令和 年 月 日 事業主に委任します。 被保険者氏名		
2. 資格喪失後の方 (任意継続の方)	銀行	普通・当座	口座番号
	支店	口座名義 (かかけ)	
【必須】 以下の内容を確認して <input checked="" type="checkbox"/> してください。			
備考 (確認欄)	<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人 (被保険者) が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	

被保険者のマイナンバー記載欄

→

(被保険者証の記号番号を記入した場合は、記入不要です。ご記入した場合は本人を確認する為の添付書類が必要です。)

※添付書類

- ①領収書 (原本)
- ②診療報酬明細書 (レセプト) (原本)
※レセプトの添付が不可能な場合は「領収 (診療) 明細書 (医師証明)」を提出してください。
- ②医師の証明書・装具装着証明書
- ③作製した装具の写真 (靴型装具作成時のみ)
※写真の撮り方や枚数については、別途「治療用装具 (靴型装具) の写真について」を参照。

受付印

オオセキ健康保険組合
2021.4.1 改版

領収（診療）明細書（医師の証明）

診療月 _____ 月診療分 _____

※診療報酬明細書（レセプト）の添付が不可能な場合に提出してください。

診療日 1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12.13.14.15.16.17.18.19.20.21.22.23.24.25.26.27.28.29.30.31

実日数 _____

日間 _____

患者名		傷病名			
初 診	時間外	注 射	皮下筋肉内・静脈内 その他		
	休 日			円	回
	深 夜				回
再 診	再 診	検 査	回		
	時間外		回		
	休 日		回		
	深 夜		回		
往 診	普 通	レ ン ト ゲ ン	回		
	夜 間		回		
	深夜・暴風雨雪・難路		回		
指 導			回		
投 薬	内 服	処 置 及 び 手 術	単位		
	頓 服		単位		
	外 用		単位		
	調 剤		単位		
	調 基		回		
入 院	1月未満	そ の 他	日間 (日～ 日)		
	1月～3月未満		日間 (日～ 日)		
	3月以上	合 計	日間 (日～ 日)		
	給食の有無		円		

上記の通り領収（診療）しました。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所在地
医療機関名
医師氏名
電話番号

◎請求上の注意

- ① 歯科診療の場合は、別に領収（診療）明細書を作成してください。
- ② 輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「治療のため必要と認める旨の証明書」を交付してください。この場合、上の領収（診療）明細書（医師の証明）の記入は必要ありません。

【訂正について】

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入下さい。

受 付 印

オオゼキ健康保険組合
2021.4.1改版