

保険証発行手続き中のとき、または緊急やむを得ず受診し、保険証を持っていなかったとき

<添付書類>

・『診療報酬明細書』の原本、および『領収書』の原本(医療内容・投薬など内容明細が明確なもの)

<注意事項>

- ・診療月ごとに申請書をご記入下さい。同診療月であっても医療機関ごと、入院・外来に分けて下さい。
- ・業務上災害・通勤災害による傷病の場合は支給されません

記入例

被保険者 療養費支給申請書
被扶養者

被保険者証の記号・番号	11-11111		被保険者氏名	村田 太郎		
被扶養者に関する申請のとき	氏名	村田 花子	生年月日	昭和 29年1月15日	被保険者との続柄	長女
所属コード	KA0000		氏名コード	KA00000		
事業所名称	金沢村田製作所		日中連絡の取れる電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 内線 2-073-0000 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 090-0000-0000 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 076-273-0000		
傷病名	左脛挫創		発病又は負傷の年月日	2018年2月15日		
発病又は負傷の原因(詳しく)	自宅の階段から落ちたため					
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	〇〇病院		所在地及び電話番号	石川県白山市曾谷町〇〇番地	
	氏名	健保 二郎		電話番号	076-273-0000	
診療又は手当の内容	縫合処置		入院期間	自 年 月 日	至 年 月 日	
診療又は手当を受けた期間	自 2018年 2月 15日	至 年 月 日	1日間	診療又は手当に要した費用の額	金 〇〇,〇〇〇 円也	
療養の給付を受けることができなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証発行申請手続き中のため <input checked="" type="checkbox"/> 緊急やむを得ず受診し、保険証を持っていなかったため <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"/> 治療用器具を作成したため <input type="checkbox"/> 9歳未満の治療用眼鏡等を作成したため					
領収書原本証明	□国や市町村への助成金を請求するため、領収書(原本証明)が必要な場合のみチェックして下さい					
発病・負傷は業務上または通勤途上によるものですか	いいえ・はい		交通事故・ケンカ等第三者行為によるものですか	いいえ・はい		
振込希望の銀行又は郵便局名	※任意継続者・退職者のみ記入 銀行 支店 ()					
委任状						
私は上記記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり申請した療養費及び同付加金の受領を委任します。						
令和 1年 5月 1日						
被保険者住所 〒920-2101 石川県曾谷町〇〇番地						
被保険者氏名 村田 太郎						
<small>押印必須 認印可 シャチハタ・日付印不可 外国国籍を有する方のみサイン可</small>						

【注意】

- 1.治療用器具代の申請をする場合は、『医療担当者による証明書』、『領収書』の原本、『治療用器具の写真』が必要です。健保受付印
- 2.立替払いの申請をする場合は、『診療報酬明細書』および『領収書』の原本が必要です。
※診療月ごとに申請書をご記入下さい。同診療月であっても医療機関ごと、入院・外来に分けて下さい。
- 3.9歳未満の治療用眼鏡等の申請をする場合は、『医師の作成指示書・検査結果』(コピー可) および『領収書』の原本が必要です。
- 4.印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可です。
- 5.訂正した場合は、必ず同印鑑で訂正印を押して下さい。
- 6.提出された申請書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合を除く)