

|       |      |    |      |          |
|-------|------|----|------|----------|
| 届出コード | 処理区分 | 届書 | 処理区分 | 1. 立替払等  |
| 3 0 0 |      |    |      | 2. 治療用装具 |

# 健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回 目)

## (立替払等、治療用装具、生血)

|  |                          |  |                |                          |              |                |                     |         |
|--|--------------------------|--|----------------|--------------------------|--------------|----------------|---------------------|---------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 被保険者証の記号・番号              |  | ④ 生 年 月 日      |                          | ⑤ 被扶養者番号     | ⑥ 給付記録番号       | ⑦ 受取代理人番号           | ⑧ 受付年月日 |
|  | ①                        |  | ②              |                          | ③            |                | ④                   |         |
|  | 0 0 0                    |  | 0 0 0 0        |                          | 5:略<br>7:平   |                | 0 0 0 4 0 1         |         |
|  | ⑨ 被保険者の(申請者)氏名と印         |  | (フリガナ) ケンポ タロウ |                          | 事業所の(ア)名称    |                | 〇〇〇〇株式会社            |         |
|  | 健保 太郎                    |  | 〇〇県〇〇市〇〇町1     |                          | (イ)所在地       |                | 〇〇県〇〇市〇〇町1          |         |
|  | 被保険者の(申請者)住所             |  |                |                          | ⑩ 郵便番号       |                | ⑪ 住所コード             |         |
|  | 0 0 0 - 0 0 0 0          |  | 〇〇ケン〇〇シ〇〇マチ    |                          | 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 |                | 000<br>(000)0000    |         |
|  | 療養が被扶養者に関するときは、その方の(ウ)氏名 |  | (エ)生年月日        |                          | (オ)被保険者との続柄  |                |                     |         |
|  | ⑫ 傷病コード                  |  | ⑬ カ ナ          |                          | (カ) 傷病名      |                | ⑭ 発病または負傷年月日(療養開始日) |         |
|  |                          |  |                |                          | 風邪           |                | 年 月 日               |         |
| (キ) 発病または負傷の原因およびその経過                                    |                          | 疲労/発熱と吐き気があり、滞在先の病院で診療を受けた。                      |                | ⑮ 第三者行為によるものですか。         |              | 0:いいえ 1:はい     |                     |         |
| 診療を受けた病院等  |                          | (ク) 名称   |                | (コ) 診療した医師氏名             |              |                |                     |         |
|  |                          | 〇〇〇〇 Clinic                                      |                | 〇〇 〇〇                    |              |                |                     |         |
| (ケ) 所在地  |                          | ABCstrasse 900 D-60313 Frankfurt am Main Germany |                |                          |              |                |                     |         |
| ⑯ 診療の期間(支給期間)  |                          | ⑰ 入院・入院外の別                                       |                | (サ) 入院の場合左記の入院期間         |              | (シ) 診療に要した費用の額 |                     |         |
| 自 〇 〇 〇 〇 〇 〇  |                          | 〇 〇 〇 〇 〇 〇                                      |                | 自令和 年 月 日                |              | 〇〇〇〇〇 円        |                     |         |
| 至 〇 〇 〇 〇 〇 〇  |                          | 〇 〇 〇 〇 〇 〇                                      |                | 〇:入院外<br>1:入院            |              |                |                     |         |
| (ソ) 診療の内容  |                          | 投薬   |                | (セ) 療養の給付を受けることができなかった理由 |              | 海外旅行中だったため。    |                     |         |

|              |            |              |             |                         |
|--------------|------------|--------------|-------------|-------------------------|
| ※<br>の<br>別  | 1. 立替払い等   | ⑱ 療養の原因(コード) | ⑲ 施術回数      | 回                       |
|              | 2. 治療用装具   | ⑱ 治療用装具(コード) | ⑲ 支給種別      | 1 初回支給<br>2 補修<br>3 再支給 |
|              | 3. 生 血     | ⑱ 輸血回数       | ⑲ 輸血回数      | 回                       |
| (21) 支給回数    | (22) 支給算出額 | (23) 調整減額コード | (24) 調査先コード | (25) 海外表示               |
| 回            | 円          |              |             | 0. 国内<br>1. 海外          |
| (26) 特別支給コード | (備考)       |              |             |                         |

|                                      |              |  |           |                   |       |
|--------------------------------------|--------------|--|-----------|-------------------|-------|
| 支<br>払<br>金<br>融<br>機<br>関<br>の<br>欄 | (27) 支払区分    | ※ 1: 振込<br>2: 銀行送金<br>3: 郵便局送金<br>4: 当地払 | (29) 預金種別 | ⑳ 銀行(マルマル)(フリガナ)  | 技官等意見 |
|                                      | (28) 金融機関コード |  | ⑳ 普通      | 金庫 本店<br>〇〇 農協 〇〇 |       |
|                                      | (30) 口座番号    | 0 0 0 0 0 0 0 0                          | 4: 別段     | 口座名義 健保 太郎        |       |
|                                      |              |  |           | 郵便局               |       |

|                                 |                                 |                    |                 |                        |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------|-----------------|------------------------|
| 受<br>取<br>代<br>理<br>人<br>の<br>欄 | (タ) 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 |                    | 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日  | 令和〇〇年〇〇月〇〇日提出<br>受付日付印 |
|                                 | 被保険者(申請者)住所                     | 〇〇県〇〇市〇〇町1-1       |                 |                        |
|                                 | 被保険者(申請者)氏名                     | 健保 太郎              |                 |                        |
|                                 | (31) 代理人の氏名と印                   | (フリガナ) 〇〇 〇〇       | (チ) 委任者と代理人との関係 | 〇〇〇〇                   |
| 代理人の住所                          | (32) 郵便番号                       | (フリガナ) 〇〇ケン〇〇シ〇〇マチ |                 | 送信                     |
|                                 | 0 0 0 - 0 0 0 0 0               | 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3     |                 |                        |