

支給決定 伺	1. 治療用装具	支給 総額	¥	取得日	年	月	日	常務理事		事務長
	2. 立替払等			喪失日	年	月	日			
	3. その他 ()	法定	¥	認定日	年	月	日	課長		担当者
		付加	¥	抹消日	年	月	日			
支給期間	自	年	月	日	日間	本人	一般 就学前 高齢	7割 8割 9割	備考	
	至	年	月	日		家族				

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
第二家族

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所名称			
療養が被扶養者に関する ときはその者の氏名等	氏名		生年月日	年	月	日
傷病名			発病又は負傷の年月日	年	月	日
傷病が、けが又は腰痛等(腰痛は被保険者のみ) の場合、「負傷原因報告書」が必要です	⇒		※このけが・腰痛の「負傷原因報告書」を提出済みですか はい・いいえ (いいえの時は申請書に添付下さい)		第三者の行為による場合 別に届出が必要です。	
傷病の経過						
診療を受けた 医療機関等	(名称)		(所在地)			
診療又は手当 を受けた期間	年	月	日から	日間	受診の 区 別	入院・外来
	年	月	日まで			診療等に 要した額
公費負担 (乳幼児助成制度・身障者助成制度等) の適用を受ける事ができますか	いいえ ・ はい					
申請理由	1. 治療用装具の装着のため (装着日: 年 月 日) ・「治療上、その装具を必要と認めた医師意見書の原本」・支払った代金の領収書の原本 (明細がわかるもの) ※支給決定の審査には時間がかかる場合があります。また、追加書類(写真等)をお願いする事もあります。					
※該当する番号 に○をつけ、 必要に応じ 記入して下さい。	2. 緊急やむを得ず自費で診療を受けたため ・次頁の「診療(領収)明細書」に医療機関の証明を受けて下さい。又は、「診療(領収)明細書」 に代えて医療機関より診療報酬明細書を交付された場合はその診療報酬明細書 ・その診療を受けた際に支払った代金の領収書の原本					
{ }は 申請に必要な 添付書類	3. 他の保険制度で受診し、その医療費を返納した為 (保険証交付前に他保険で受診してしまったため) ・返納した金額の領収書の原本 ・返納の際、他保険より受け取った(診療報酬明細書の写の入った)封筒等					
	4. その他 ()					
退職者のみ記入	銀行 信用金庫 信用組合		(口座番号)			
振込先	フリガナ		普通 ・ 当座			
	支店 (店番)		フリガナ		名義人氏名	
上記のとおり申請します。	〒	住所		TEL ()	-	
年 月 日提出	フリガナ		被保険者氏名 (申請者)			
SGホールディングスグループ健康保険組合 御中			生年月日		年 月 日	
委任欄	上記療養費の受領を健保代理受領口代理人に 委任します。 令和 年 月 日		(事業主記入欄) 健保代理受領口代理人氏名		〈受付日付印〉	
	被保険者氏名 (申請者)					

【注意事項】・在職中の方は受領代理人が必要です。委任欄に記名上事業主へ提出して下さい。

・ボールペン等、消えない筆記用具でご記入ください。鉛筆、消せるボールペン(フリクション等)は不可です。

※療養費支給申請するとき 自費で薬代を支払った場合は、保険薬局よりこの明細書に証明を受けてください。

《 調 剤 (領 収) 明 細 書 》

【記入上のお願い】 調剤報酬明細書に準じて記載してください。

患者氏名		生年月日		年	月	日	受付回数	回
医療機関				保険医氏名		1	2	3
医師 番号	処方 月日	調剤 月日	処 方		調剤数 量	調 剤 報 酬 点 数 点		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料 点		調剤料	薬剤料	加算料
摘要								
基本料		点	時間外	点	管理料		点	
合 計		円				点		

上記のとおり調剤（領収）いたしました。

令和 年 月 日

保険薬局の所在地：

連絡先☎： ()

名 称：

薬剤師の氏名・印：

Ⓜ