|  |
| --- |
| **支　給　決　定　伺**　　　　　　支給決定　　令和　　年　　月　　日 |
| 常務理事 | 事務長 | 担　当 | 支　給決定額 | 法定 | 　　　　円 | 合　計 | 円 |
|  |  |  | 付加 | 円 |
| 支 給 期 間 | 自　令和　 　年　 　月　 　日至　令和　 　年 　　月　 　日　 　日間 |
| 　 | **療 養 費 支 給 申 請 書** （立替払等） |
| 申請者（被保険者本人） | 以下のとおり申請いたします。令和　　年　　月　　日三井住友海上健康保険組合　御中 |
| 被保険者証記号－番号 | 　　　 －　　　　　　　　　 | 氏　　名 |  |
| 住　　所　電話番号（日中の連絡先） | 〒　　　　－電話　　　（　　　　） |
| 受診した方の氏名 | 　　　　 | 受診した方の生年月日 | □昭和□平成 　　 年　　 月　 　日□令和 |
| 受診した方の続柄 | * 被保険者（本人）
* 被扶養者（家族）
 | 受診した方の健保加入日 | □昭和□平成 　　 年　　 月　 　日□令和　　 |
| 傷病名 |  | 発病（負傷）年　月　日 | 令和 　　 年　　 月　 　日　　 |
| 発病の原因及び経過（詳しく） | * 病気
* 負傷
 | [原因及び経過] |
| 負傷原因が第三者の行為によるものである場合「第三者の行為による傷病届」の提出の有無 | * 有　　　□　無
 |
| 診療を受けた医療機関等の名称・所在地 | 名称 | 所在地 |
| 診療を受けた期間 | 令和　　年　 月　 日から 令和　　年　 月　 日まで　　 |  日間 |
| 診療を受けた期間中に入院した期間 | 令和　　年　 月　 日から 令和　　年　 月　 日まで　　 | 日間 |
| 療養に要した費用の額 | 　　　　　　　　　　円 | 診療の内容 |  |
| 療養費の支給申請の理由 | * 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため
* 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため
* 誤って、他健保の被保険者証を使用したため
* その他【理由】
 |

　　　【必要添付書類】

 **□ 領収（明細）書（原本）　診療に要した費用を証明した領収書の原本**

**□ 診療報酬明細書（原本）　傷病名の記載のあるもの**調剤薬局の場合は「調剤報酬明細書」になります。

医療機関が「診療（調剤）報酬明細書」を交付できない場合は、【別紙１】 領収（診療）明細書 の記入を

依頼してください。他健保の保険証を使用した場合は、返金後に「開封厳禁」と記された封筒を交付され

ますので、開封せずに提出してください。

　　　　＊給付金は、申請書が健保組合に到着した日の翌月の25日（休日の場合は前営業日）に登録口座に振込みます。

　　　　 ＊提出された書類は、お返しできません。必要と思われる場合は、予め写しを取ってからご提出ください。

領収（診療）明細書　　（令和　　年　　月　　日　～令和　　年　　月　　日　までの分） 【別紙１】

領収（診療）明細書の記載は、診療報酬明細書に準じて記載してください。

1. 領収（診療）明細書にかえて診療報酬明細書を使用しても差し支えありません。
2. 入院と外来は、別々に分けて作成してください。
3. 保険薬局は、領収明細書にかえて調剤報酬明細書を使用してください。
4. 入院の場合の部屋代の差額等は、記載しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 本人 | 男 | 生年月日 | 昭和平成　　　　年　　 月　　 日 令和 | 職務上 |
| 家族 | 女 | 職務外 |
| 傷病名 | (1)(2)(3) | 診療開始日 | 1. 年　　　月　　　日
2. 年　　　月　　　日
3. 年　　　月　　　日
 |
| 初診 | 時間外･休日･深夜　　　　　 | × | 回 | 点 | 円 | 診療実日数 | 日 |
| 再診 | 再診外来管理加算時間外休日深夜 | ××××× | 回回回回回 |  |  |
| 転　帰 |  |
| ※薬名･用量等の明細 |
| 指導 |  |  |
| 在宅 | 再診夜間深夜･緊急在宅患者訪問診療その他薬剤 |  | 回回回回 |  |  |
| 投薬 | 内服　薬剤　　　調剤頓服　薬剤外用　薬剤　　　調剤処方麻毒調基 | ××× | 単回単単回回回 |  |  |
| 注射 | 皮下筋肉内静脈内その他 |  | 回回回 |  |  |
| 処方 | 処置薬剤 |  | 回 |  |  |
| 手術 | 手術･麻酔薬剤 |  | 回 |  |  |
| 検査 | 検査薬剤 |  | 回 |  |  |
| 画像 | 画像診断薬剤 |  | 回 |  |  |
| その他 | 処方せんその他薬剤 |  | 回 |  |  |
| 入院 | 入院年月日　　 　(自)　 月　 日入院料入院時医学管理料特入院･その他食事 | (至)　 月××円 × | 　日間日日日 |  |  | 1. 合計
 | 円 |
| 1. 薬剤一部負担金額
 | 円 |
| 1. 公費負担額
 | 円 |

　　　　　　　　　　　上記明細書のとおり診察し、　　　　　　　　円を領収しました。

　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　医療機関の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　 称　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電 話 番 号