|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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