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			
	健康保険 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	□昭和 □平成　年　月　日 □令和
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	□平成 □令和　年　月　日から	□平成 □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	□平成 □令和　年　月　日から	□平成 □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	□　マイナ保険証が使用できず、医療費を全額自己負担したため □　緊急やむを得ず受診し、マイナ保険証を持っていなかったため □　他の保険者の資格で医療機関を受診し、医療費を返還したため □　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・２】 領収（診療･調剤）明細書 の記入を依頼してください。他健保の保険資格で受診した場合は、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。

＊申請書は、一医療機関・一か月ごとに作成してください。

＊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　（　　年　月　日 ～　　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 令和　　年　月　日	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　×　回 外来管理加算　×　回 時間外　×　回 休日　×　回 深夜　×　回					転　帰	
指導						※薬名·用量等の明細	
在宅	再診　回 夜間　回 深夜·緊急　回 在宅患者訪問診療　回 その他 薬剤						
投薬	内服　薬剤　単 調剤　×　回 頓服　薬剤　単 外用　薬剤　単 調剤　×　回 処方　×　回 麻毒　回 調基						
注射	皮下筋肉内　回 静脈内　回 その他　回						
処方	処置　回 薬剤						
手術	手術·麻酔　回 薬剤						
検査	検査　回 薬剤						
画像	画像診断　回 薬剤						
その他	処方せん　回 その他 薬剤						
入院	入院年月日 (自)　月　日　(至)　月　日 　間 入院料　×　日 入院時医学管理料　×　日 特入院·その他 食事　円 ×　日					①合計	円
						②薬剤一部負担金額	円
						③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

※すでに申請の対象となる費用について領収証を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。

領収（調剤）明細書　（　　年　月　日 ～　　年　月　日 までの分）　【別紙 2】

領収（調剤）明細書の記載は、調剤報酬明細書に準じて記載してください。

＊領収（調剤）明細書にかえて調剤報酬明細書を使用しても差し支えありません。

氏名		本人	男	生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
		家族	女		

医療機関の所在地及び名称		医師氏名	1. 2. 3. 4.	処方せん受付回数 回

医師番号	処方月日	調剤月日	処方		調剤数量	調剤報酬点数			公費分点数
			医薬品名･規格･剤型･用法	単位薬剤料		調剤料	薬剤料	加算料	
	・	・		点		点	点	点	点
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							

摘要	

調剤基本料	時間外等加算	薬学管理料	合計	円 減額　　割(円)　免除･支払猶予 （上記のうち公費負担額　　円）
点	点	点		

上記のとおり領収（調剤）いたしました。

令和　　年　　月　　日

薬局の所在地

薬局の名称

薬局の電話番号

薬剤師の氏名　　㊞

※すでに申請の対象となる費用について領収証を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「調剤明細書」として所定の事項を記入してください。