

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 記号一番号	—	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 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日		
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 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日	
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	[原因及び経過]				
		☐ 負傷					
		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 令和	年	月	日	職務上
	家族	女	職務外							
傷病名	(1)					診療 開始日	(1)	年	月	日
	(2)						(2)	年	月	日
	(3)						(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			転 帰				
	外来管理加算	×	回			※薬名・用量等の明細				
	時間外	×	回							
	休日	×	回							
	深夜	×	回							
指導										
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									
投薬	内服 薬剤		単							
	調剤	×	回	単						
	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					①合計		円		
	(自) 月 日 (至) 月 日									
	間									
	入院料	×	日			②薬剤一部負担金額		円		
	入院時医学管理料	×	日							
特入院・その他					③公費負担額		円			
	食事	円 ×	日							

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