

# 療養費支給申請書の記入例

◎申請方法について、該当する番号を○で囲んでください。

◎組合員が申請される場合は「1」を、組合員が死亡された場合であって遺族の方が申請される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「申請者区分」で「2」を選択された場合（組合員の遺族の方が申請される場合）のみ記入してください。

◎申請理由に応じて、医師の証明書（明細書）等と領収書を添付してください。

※添付書類は下表をご覧ください。

◎受領方法について、組合員ご本人の口座へ振込送金を希望される場合は「1」を、事業主等の代理人への受領委任（代理人を通じての受領）を希望される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「受領方法」で「2」を選択された場合（代理人への受領委任を希望される場合）のみ記入してください。

全国土木建築国民健康保険組合 療養費支給申請書				提出区分	
○ 組合員（申請者）に関する項目				① 申請者から直接 2 事業所を経由	
組合員	被保険者証 記号・番号	71-1505	120	氏名	石井 彰
	住所	〒191-0001 日野市中町2-25-7			
	電話番号	(042) 123 4567 ① 自宅・2 携帯・3 その他( )			
	申請年月日	令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日	事業所名	平河土木株式会社	
申請者区分	① 組合員 ② 組合員の遺族の方（組合員が死亡された場合であって、組合員の遺族の方が申請される場合） 次の「申請者」欄を記入のうえ、遺族である旨の証明（戸籍謄本の写等）を添付してください。ただし、申請される遺族の方が、組合員が死亡された当時において、その世帯に属する被保険者であった場合は添付不要です。				
申請者	氏名	組合員との続柄			
	個人番号				
	住所	〒 -			
	電話番号	( ) - 1 自宅・2 携帯・3 その他( )			
○ 申請内容に関する項目 療養を受けた被保険者が組合員（申請者）である場合、「個人番号」欄は記入不要です。					
療養を受けた被保険者氏名	石井 清子		生年月日	⑤ 昭 9 令 7 平 31 年 4 月 17 日	
療養の給付を受けることができなかった理由	① ② コルセット等治療用装具を装着した ⑤ マッサージ師の施術を受けた ③ 柔道整復師の施術を受けた ⑥ 輸血を受けた（生血の費用を支払った） ④ はり・きゅう師の施術を受けた ⑦ 海外の病院等で受診した				
療養に要した費用の額	5,000 円 診療費、施術料、血液代金、装具購入費用等の領収書に基づき記入していただき、領収書を添付してください。				
○ 受領方法、振込先等					
受領方法	この申請書に基づく保険給付金に関する受領方法については次のとおりとします。 ① 私の下記口座に振込み願います。（直接組合から受領します。） ② 次の代理人に受領を委任します。 次の「代理人」欄に代理人氏名、住所等を記入してください。なお、事業主に受領委任される場合、「振込先」欄は記入不要です。				
代理人	氏名	住所		〒 -	
申請者との関係	電話番号		( ) -		
振込先	金融機関名称	支店名称	コード		
	DKH 銀行	日野支店	1 3 2		
	預金種目	口座番号	口座名義（フリガナ）		
	① 普通（総合を含む）・2 当座	0 1 2 3 4 5 6	( イシイ アキラ )		

◎組合員(または遺族である申請者)にご記入いただく項目です。被保険者証等をご確認のうえ記入してください。

◎日中連絡がとれる電話番号を記入し、「1 自宅」～「3 その他」のいずれかを○で囲んでください。（「3」の場合、括弧内にその種類を記入してください。）

◎療養を受けた被保険者氏名、その他申請内容をご記入いただく項目です。

◎「療養の給付を受けることができなかった理由」欄の「2」～「7」に該当しない場合、「1」を○で囲み、括弧内に理由を記入してください。（記入方法にご不明な点がある場合、組合にご確認のうえ記入してください。）

◎「2」の場合は組合員（または遺族である申請者）が記入してください。

◎振込先を記入してください。（事業主への受領委任を希望される場合は記入不要です。）記入誤りがあった場合は振込送金ができませんので、できる限り通帳の写しを添付してください。（その場合、この欄は記入不要です。）

◎事業主への受領委任を希望される場合、  
①「受領方法」欄の「2」を○で囲み、住所、氏名等を記入してください。  
②代理人の「氏名」欄に事業所名称と、事業主氏名を記入してください。  
この場合、「申請者との関係」以下の項目と「振込先」欄の各項目は記入不要です。

◎ 添付書類について（支給要件等については、組合にお問い合わせいただくか、組合ホームページ等によりご確認ください。）

※ 療養の給付を受けることができなかった理由	添付書類（すべて原本が必要となります。）
1 (やむを得ない理由)で、診療費を自費により支払った場合	・診療内容が明らかになる明細書及び領収書 → 別紙「領収(診療)明細書」
2 コルセット(サポータ、小児用弱視等の眼鏡)等治療用装具を装着した場合	・療養上治療用装具を必要とする医師の意見書 → 別紙「治療用装具製作指示装着証明書」 ・治療用装具の領収書 ※小児用弱視等の治療用眼鏡の場合は検査書が必要です。(意見書に記載があれば不要です。)
6 輸血を受けた(生血の費用を支払った)場合	・輸血を必要とする医師の意見書 ・血液代金の領収書
7 海外の病院等で受診した場合	・海外の病院等で発行された診療内容明細書 必ず翻訳文を添付してください。また、翻訳者が署名し、住所、電話番号を記入してください。 ・ " 診療費の領収書 ・調査に関わる同意書(パスポート写し等、渡航中の療養であることが確認できる書類を添付)

◎ その他の添付書類

- ・けがのため療養費の支給を受けようとする場合、「組合員負傷届」を添付してください。
- ・交通事故、闘争など第三者行為によるけがのため療養費の支給を受けようとする場合、「第三者行為による被害届」を添付してください。（「組合員負傷届」、「第三者行為による被害届」は、組合ホームページから印刷できます。印刷環境がない場合は組合までご連絡ください。）

# 療養費支給申請書の記入例（別紙）

## 治療用装具を装着する場合

【入院・外来の別】 入院 ・ 外来

◎医師に記入を依頼してください。

医療機関で交付されたものを添付される場合この証明書は添付不要です。（小児用弱視等の治療用眼鏡の場合は検査書が必要です。）

○医療機関で交付された証明書を添付される場合についても、必ず原本が必要となります。

○治療用装具の領収書（原本）も添付してください。

### 治療用装具製作指示装着証明書

住 所（患者様の住所） 日野市中町2-25-7  
氏 名（患者様の氏名） 石 井 清 子  
生年月日 昭和・平成・令和 31年4月17日

#### 疾病名及び症状等

疾病名 右上腕骨骨折 症状等 術後矯正のため  
（治療遂行上の必要（症状や装着目的）、修理が必要となった状況や理由等）

上記の疾病により オーダーメイド・既製品装具 新規・修理  
上肢装具

（オーダーメイドの場合は名称及び基本構造等、既製品の場合はメーカー名・製品名、修理の場合は交換箇所、等）

#### の装着を

令和 △△年 △△月 △△日 診察のうえ、治療遂行上の必要を認め

○ ○ ○ ○ （義肢装具上の氏名） へ 製作・購入・修理）を指示し、

令和 △△年 △△月 △△日 に患者へ装着確認をしました。

以上、証明いたします。

#### 備 考

- ※1 特別な製作指示等を行った場合は、指示事項を記載。
- ※2 製作を指示した義肢装具上と、適合調整した義肢装具上が異なる場合は、適合調整した義肢装具上の氏名を記載。
- ※3 患者等へ直接購入を指示した場合は、義肢装具上への指示ではない理由や状況、患者への指示内容を記載。

令和 △△年 △△月 △△日

医療機関所在地 日野市東町3-5-9  
医療機関名 国分整形外科  
医療機関電話番号 (042) 432-4567  
医師氏名 国分 泰徳

## 弾性着衣（サポータ）等を装着する場合

治療用装具（弾性着衣）用

### （悪性腫瘍の術後・原発性）弾性着衣等 装着指示書

◎医師に記入を依頼してください。

医療機関で交付されたものを添付される場合この指示書は添付不要です。

○医療機関で交付された指示書を添付される場合についても、必ず原本が必要となります。

○弾性着衣等の領収書（原本）も添付してください。

患者氏名	石 井 清 子	生年月日	5 昭 9 令 7 平 31年4月17日
住 所	日野市中町2-25-7		
診 断 名	リンパ浮腫		
手術等年月日	昭・平・令 △△年△△月△△日		
手術の区分	（鼠径部・骨盤部・腋窩部）のリンパ節郭清を伴う 悪性腫瘍（種類 ○○○○）		
装着指示日	令和 △△年 △△月 △△日		
患 肢	右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢		
弾性着衣等の種類	ストッキング ・ スリーブ ・ グローブ ・ 包帯（※5） （ 着 ） （ 1 着 ） （ 着 ） （ 着 ）		
着圧指示	40 mmHg		
特記事項	本患者は、上記疾患のため、患肢を常時圧迫する必要があり、弾性着衣等の装着を指示しました。  令和 △△年 △△月 △△日  所在地 日野市南町2-17-7 医療機関 名称 住吉内科クリニック 医師氏名 住吉 拓磨 電話番号 (042) 223-7765		