

自費診療の記入例

自費診療の場合は、こちらの申請書と合わせて、「自費診療申請理由書」をご記入下さい。

提出日 令和 元年 10月 31日

課長	担当

療養費
家族療養費

支給申請書

被保険者証の 記号 番号		事業所名		被保険者名						
8 1234		〇〇株式会社		健保 太郎						
申請者が被扶養者の ときはその者の氏名		健保 愛子	被扶養者の 生年月日	R1.10.1	続柄	子				
傷病名		皮膚炎		発病又は 負傷の年月日	平成 令和	元年 10月 10日				
発病又は 負傷の原因		おむつかぶれによるもの								
傷病の経過		完治								
診療又は手当を受けた医師・歯科医師その他の者の住所氏名		名称	〇〇病院							
		所在地	愛媛県四国中央市〇〇町 1-2-3							
診療・手当の期間又は 治療器具作成日		自 平(令) 元年 10月 10日 ~ 至 平(令) 元年 10月 10日 (1日間)				1.入院 ②通院				
診療又は手当に要した額		3,000 円		支給決定額		円				
被保険者証を使用 しなかった理由		1. 保険契約がない為 ② その他 (保険証の発行がまだだった為								
傷病が第三者の行為に よるものであるときは その事実並びに第 三者の住所氏名		第三者行為とは 交通事故など、他人の加害 行為が原因となるもの								
(振込先金融機関名)	支店名	普通・当座	(口座番号)				(口座名義)			
伊予 銀行 金庫 農協	三島支店	普通	1	2	3	4	5	6	7	健保 太郎
上記により請求いたします。 〃 799-0101										
被保険者 住所 愛媛県四国中央市三島朝日 2-12-45										
電話 (0896) 24 - 5055										
氏名 健保 太郎										
(委任の場合) を代理人として上記金額の受取方を委任します。										
申請が被扶養者に関するときは 事業主の証明を右欄に証明の事				事業主の住所、氏名及び印 記入せずご提出ください。 (会社もしくは社労士まで提出)						

- ※1 この申請をする場合は必ず医師の領収書を添付すること。添付書類はすべて原本に限る。
- ※2 装具の場合：装具装着証明書、眼鏡の場合(9歳未満)：弱視等治療用眼鏡等作成指示書を添付すること。
- ※3 自費診療による場合は【療養費(自費診療)申請理由書】と【診療情報明細書(レセプト)】も合わせて提出が必要。

眼鏡作成の記入例

課長	担当

療養費
支給申請書
家族療養費

被保険者証の 記号 番号		事業所名		被保険者名	
8 12345		〇〇株式会社		健保 太郎	
申請者が被扶養者の ときはその者の氏名		健保 愛子	被扶養者の 生年月日	平成30年10月31日	続柄 長女
傷病名		小児弱視	発病又は 負傷の年月日	令和2年9月1日	
発病又は 負傷の原因		先天性のため			
傷病の経過		通院(治療)中			
診療又は手当を受け た医師・歯科医師そ 他の者の住所氏名		名称	四国中央市〇〇眼科		
		所在地	愛媛県四国中央市三島朝日◇◇番地		
診療・手当の期間又は 治療用具作成日		自 令和2年9月11日 至 令和2年9月11日 (1 日間)			1.入院 ②.通院
診療又は手当に要した額		35,000 円	支給決定額	円	
被保険者証を使用 しなかった理由		1. 保険契約がない為 2. その他 (眼鏡作成の為、一旦10割負担			第三者行為とは 交通事故など、他人の加害 行為が原因となるもの
傷病が第三者の行為に よるものであるときは その事実並びに第 三者の住所氏名					
(振込先金融機関名)		支店名	普通・当座	(口座番号)	(口座名義)
ふりがな 銀行 伊予 金庫 農協		ふりがな みしま 三島 支店	普通	12345678	けんぼ たろう 健保 太郎
上記により請求いたします。 〒799-0101 被保険者 住所 愛媛県四国中央市三島紙屋町△番地 電話 (0896) 24 -□□□□ 氏名 健保 太郎 印					
(委任の場合) を代理人として上記金額の受取方を委任します。					
申請が被扶養者に関するときは 事業主の証明を右欄に証明の事		事業主の住所、氏名及び印 記入せずご提出ください。 (会社もしくは社労士まで提出)			

- ※1 この申請をする場合は必ず医師の領収書を添付すること。添付書類はすべて原本に限る。
※2 装具の場合：装具装着証明書、眼鏡の場合(9歳未満)：弱視等治療用眼鏡等作成指示書を添付すること。
※3 自費診療による場合は【療養費(自費診療)申請理由書】と【診療情報明細書(レセプト)】も合わせて提出が必要。

課長	担当

装具作成の記入例

療養費
支給申請書
家族療養費

被保険者証の 記号		事業所名		被保険者名	
8		〇〇株式会社		健保 太郎	
申請者が被扶養者の ときはその者の氏名		健保 花子	被扶養者の 生年月日	平成元年 10月 31日	続柄 妻
傷病名		右足アキレス腱断裂	発病又は 負傷の年月日	令和元年 12月 9日	
発病又は 負傷の原因		買い物中に転倒し左足強打			
傷病の経過		通院(治療)中			
診療又は手当を受けた医師・歯科医師その 他の者の住所氏名		名称	四国中央市〇〇病院		
		所在地	愛媛県四国中央市三島朝日△番地		
診療・手当の期間又は 治療用具作成日		自 令和元年 12月 11日 至 令和 12年 11月 11日 (1 日間)			1.入院 2.通院
診療又は手当に要した額		15,000 円	支給決定額	円	
被保険者証を使用 しなかった理由		1. 保険契約がない為 2. その他 (装具作成の為、一旦 10割負担			第三者行為とは 交通事故など、他人の加害 行為が原因となるもの
傷病が第三者の行為に よるものであるときは その事実並びに第 三者の住所氏名					
(振込先金融機関名)		支店名	普通・当座	(口座番号)	(口座名義)
ふりがな いよ 伊予 銀行 金庫 農協		ふりがな みしま 三島 支店	普通	12345678	けんぼ たろう 健保 太郎
上記により請求いたします。 被保険者 住所 愛媛県四国中央市三島紙屋町△番地 電話 (0896) 24 -□□□□ 氏名 健保 太郎 印					
(委任の場合) を代理人として上記金額の受取方を委任します。					
申請が被扶養者に関するときは 事業主の証明を右欄に証明の事		事業主の住所、氏名及び印 記入せずご提出ください。 (会社もしくは社労士まで提出)			

- ※1 この申請をする場合は必ず医師の領収書を添付すること。添付書類はすべて原本に限る。
※2 装具の場合：装具装着証明書、眼鏡の場合(9歳未満)：弱視等治療用眼鏡等作成指示書を添付すること。
※3 自費診療による場合は【療養費(自費診療)申請理由書】と【診療情報明細書(レセプト)】も合わせて提出が必要。