

常務理事	事務長	担当者
療養費		
家		

【記入例】
保険証不携帯等で医療機関を受診し立替払いをしたとき

内容により「健康保険 負傷届」の提出が必要となる場合があります。
(必要な際は当組合よりご連絡します)

任意継続被保険者の方は、「任意継続」
特例退職被保険者の方は、「特例退職」と記入してください。

被保険者 / **被扶養者** 療養費支給申請書 (**立替払い等**) ・ 治療用装具

住友商事健康保険組合 理事長

令和 ○年 ○月 ○日

被保険者証	記号	1		事業所名	〇〇〇〇株式会社		
	番号	123456			保険証に記載の事業所名称をご記入ください。		
被保険者氏名	住友 太郎			住所・連絡先電話	〒 104-0000		
	生年月日	昭・平・令 ○年 ○月 ○日			東京都 中央区 晴海 1-2-3		
申請が被扶養者に関する時は次欄にも記入して下さい							
被扶養者氏名	住友 花子		続柄	電話番号(会社・自宅(携帯))	000 (0000) 0000		
	生年月日	昭・平・令 ○年 ○月 ○日			連絡のつきやすい番号を記入		
傷病名	急性胃炎						
発病又は負傷の原因及びその経過	(いつ)	平・令 ○年 ○月 ○日 (○) 午前 午後 10 時頃			業務によるものですか?	いいえ・はい	
	(どこで)	〇〇ショッピングセンター				他人の行為によるものですか?	いいえ・はい
	(何をしていた)	買い物をしている急にお腹が痛くなった					
療養を受けた医療機関等	名称	〇〇医院			領収書の額		
	所在地	〒 104-0053 東京都 中央区 晴海 ○ - ○ - ○			0,000円		
立替払いの場合 装具作製の場合は 下欄へ記入	診療の期間	(自) 平・令 ○年 ○月 ○日	日数	診療区分	入院の場合 その入院期間		
		(至) 平・令 ○年 ○月 ○日	1 日	入院 外来	(自) 平・令 年 月 日	日間	
治療用装具の場合	支払日	平・令 年 月 日	今回の傷病で入院をした場合はその期間	(自) 平・令 年 月 日	日間	(至) 平・令 年 月 日	
治療の内容	診察、投薬			療養の給付を受けることができなかった理由	1. 保険証を受け取る前であった 2. 誤って前の保険証を使用した 3. 保険証を持っていなかった (理由: 外出先に持って行っていなかった) 4. 医療機関でない業者に装具作製を依頼 5. 労災・第三者行為 6. その他		
傷病が第三者の行為によるものである時は、その事実並びに第三者の住所、氏名			〒				

ご確認ください

(注) 1. 立替払い等の支給は、緊急その他やむを得ず被保険者証を提示せず保険医もしくは、非保険医に診療又は手当てを受けた場合や国民健康保険等、以前の保険証を使った場合に限る。

2. 添付書類について
◎立替...受診者、医療機関(院外の調剤薬局の場合は、受診した病院・調剤薬局それぞれ)、診療月ごとに1枚の申請書に記入し、「診療(調剤)報酬明細書【レセプト】【原本】」と「領収書【原本】」を添付して下さい。
レセプトとは、医療機関から発行される診療(調剤)報酬明細書です。必ず本人から医療機関へ申し出て取得して下さい。受診後に領収書と一緒に渡される診療明細書とは異なりますので、ご注意ください。
はり・きゅう、あん摩・マッサージ・指圧の場合は、施術所発行の「療養費支給申請書(施術明細)【原本】」と「領収書【原本】」「医師の同意書【原本】(交付を受けた月のみ)」「施術報告書【写し】(医師の再同意を得る際に施術所より交付された月のみ)」を添付して下さい。

◎装具...「医師の治療用装具製作指示装着証明書【原本】」と費用の内訳のわかる「領収書【原本】」を添付して下さい。(装具の内容により、装具作製確認書の記入や装具画像を撮影いただき提出をお願いする場合があります。)

常務理事	事務長	担当者
療養費		
家		

【記入例】
健康保険適用で
はり灸・あん摩マッサージの
施術を受け立替払いをしたとき

内容により「健康保険 負傷届」の提出が必要となる場合があります。
(必要な際は当組合よりご連絡します)

任意継続被保険者の方は、「任意継続」
特例退職被保険者の方は、「特例退職」
と記入してください。

被保険者 / **被扶養者** 療養費支給申請書 (**立替払い等**) ・ 治療用装具

住友商事健康保険組合 理事長

令和 ○年 ○月 ○日

被保険者証	記号	1		事業所名	〇〇〇〇株式会社	
	番号	123456			保険証に記載の事業所名称をご記入ください。	
被保険者氏名	住友 太郎			住所・連絡先電話	〒 104-0000	
	生年月日	昭・平・令 ○年 ○月 ○日			東京都 中央区 晴海 1-2-3	
申請が被扶養者に関する時は次欄にも記入して下さい						
被扶養者氏名	住友 花子		続柄	電話番号(会社・自宅(携帯))		
	生年月日	昭・平・令 ○年 ○月 ○日		000 (0000) 0000		
傷病名	神経痛					
発病又は負傷の原因及びその経過	(いつ) 平・令 年 月 日 () 午前 午後 時頃			業務によるものですか?	いいえ・はい	
	(どこで)			他人の行為によるものですか?	いいえ・はい	
	(何をしていた) 平成○年○月頃から慢性的な痛みがあった					
療養を受けた医療機関等	名称	〇〇治療院			領収書の額	
	所在地	〒 104-0053 東京都 〇〇区〇〇 - 〇 - 〇			0,000円	
立替払いの場合 装具作製の場合は 下欄へ記入	診療の期間	(自) 平・令 ○年 ○月 ○日	日数	診療区分	入院の場合 その入院期間	
		(至) 平・令 ○年 ○月 ○日	5 日	入院 外来	(自) 平・令 年 月 日	日間
治療用装具の場合	支払日	平・令 年 月 日	今回の傷病で入院をした場合はその期間	(自) 平・令 年 月 日	日間	
治療の内容	主治医の同意を得て 鍼灸施術を受けた (〇〇整形外科 〇〇医師 令和○年○月○日 同意)			療養の給付を受けることが できなかった理由 ※必ず記入して下さい	1. 保険証を受け取る前であった 2. 誤って前の保険証を使用した 3. 保険証を持っていなかった (理由:) 4. 医療機関でない業者に装具作製を依頼 5. 労災・第三者行為 6. その他	
傷病が第三者の行為によるものである時は、その事実並びに第三者の住所、氏名	〒					

ご確認ください

(注) 1. 立替払い等の支給は、緊急その他やむを得ず被保険者証を提示せず保険医もしくは、非保険医に診療又は手当てを受けた場合や国民健康保険等、以前の保険証を使った場合に限る。

2. 添付書類について
◎立替...受診者、医療機関(院外の調剤薬局の場合は、受診した病院・調剤薬局それぞれ)、診療月ごとに1枚の申請書に記入し、「診療(調剤)報酬明細書【レセプト】【原本】」と「領収書【原本】」を添付して下さい。
レセプトとは、医療機関から発行される診療(調剤)報酬明細書です。必ず本人から医療機関へ申し出て取得して下さい。
受診後に領収書と一緒に渡される診療明細書とは異なりますので、ご注意ください。
はり・きゅう、あん摩・マッサージ・指圧の場合は、施術所発行の「療養費支給申請書(施術明細)【原本】」と「領収書【原本】」「医師の同意書【原本】(交付を受けた月のみ)」「施術報告書【写し】(医師の再同意を得る際に施術所より交付された月のみ)」を添付して下さい。

◎装具...「医師の治療用装具製作指示装着証明書【原本】」と費用の内訳のわかる「領収書【原本】」を添付して下さい。
(装具の内容により、装具作製確認書の記入や装具画像を撮影いただき提出をお願いする場合があります。)

【記入例】
治療用装具を作製したとき

内容により「健康保険 負傷届」の提出が必要となる場合があります。(必要な際は当組合よりご連絡します)

常務理事	事務長	担当者
療養費		
第二家		

任意継続被保険者の方は、「任意継続」
特例退職被保険者の方は、「特例退職」
と記入してください。

被保険者 / **被扶養者** 療養費支給申請書 (立替払い等 ・ **治療用装具**)

住友商事健康保険組合 理事長

令和 ○年 ○月 ○日

被保険者証	記号 1	事業所名 〇〇〇〇株式会社
	番号 123456	保険証に記載の事業所名称をご記入ください。
被保険者氏名	住友 太郎	住所・連絡先電話 〒 104-0000 東京都中央区晴海1-2-3 電話番号(会社・自宅(携帯)) 000(0000)0000 連絡のつきやすい番号を記入
	生年月日 昭・平・令 ○年 ○月 ○日	
申請が被扶養者に関する時は次欄にも記入して下さい		
被扶養者氏名	住友 花子	続柄
	生年月日 昭・平・令 ○年 ○月 ○日	
傷病名	右膝靭帯損傷	
発病又は負傷の原因及びその経過	(いつ) 平・令 ○年 ○月 ○日 (○) 午前 午後 10 時頃	業務によるものですか? いいえ ・はい
	(どこで) 自宅の階段で	他人の行為によるものですか? いいえ ・はい
	(何をしていた) 荷物を運んでいる時に足を踏みはずし、転倒	
療養を受けた医療機関等	名称 〇〇整形外科	領収書の額 0,000円
	所在地 〒 104-0053 東京都中央区晴海 ○ - ○ - ○	
立替払いの場合 装具作製の場合は 下欄へ記入	診療の期間	日数 診療区分 入院の場合 その入院期間
	(自) 平・令 年 月 日 (至) 平・令 年 月 日	入院外来 (自) 平・令 年 月 日 (至) 平・令 年 月 日 日間
治療用装具の場合	支払日 平・令 ○年 ○月 ○日	今回の傷病で入院をした場合はその期間 (自) 平・令 ○年 ○月 ○日 (至) 平・令 ○年 ○月 ○日 7 日間
治療の内容	・処置を受けた後、固定の為の装具作製を指示された ・装具装着による治療を指示されたなど	療養の給付を受けることができなかった理由 4 ※必ず記入して下さい 1. 保険証を受け取る前であった 2. 誤って前の保険証を使用した 3. 保険証を持っていなかった (理由:) 4. 医療機関でない業者に装具作製を依頼 5. 労災・第三者行為 6. その他
傷病が第三者の行為によるものである時は、その事実並びに第三者の住所、氏名	〒	

(注) 1. 立替払い等の支給は、緊急その他やむを得ず被保険者証を提示せず保険医もしくは、非保険医に診療又は手当てを受けた場合や国民健康保険等、以前の保険証を使った場合に限る。

2. 添付書類について

◎立替...受診者、医療機関(院外の調剤薬局の場合は、受診した病院・調剤薬局それぞれ)、診療月ごとに1枚の申請書に記入し、「診療(調剤)報酬明細書【レセプト】【原本】」と「領収書【原本】」を添付して下さい。

レセプトとは、医療機関から発行される診療(調剤)報酬明細書です。必ず本人から医療機関へ申し出て取得して下さい。受診後に領収書と一緒に渡される診療明細書とは異なりますので、ご注意ください。

はり・きゅう、あん摩・マッサージ・指圧の場合は、施術所発行の「療養費支給申請書(施術明細)【原本】」と「領収書【原本】」「医師の同意書【原本】(交付を受けた月のみ)」「施術報告書【写し】(医師の再同意を得る際に施術所より交付された月のみ)」を添付して下さい。

◎装具...「医師の治療用装具製作指示装着証明書【原本】」と費用の内訳のわかる「領収書【原本】」を添付して下さい。(装具の内容により、装具作製確認書の記入や装具画像を撮影いただき提出をお願いする場合があります。)