

係	事務長	常務理事

自費診療
医療費返還

☐被保険者(本人)
☐被扶養者(家族) 療養費支給申請書

※訂正したときは、必ず二重線で抹消のうえ訂正印を押印して下さい。

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	
	被保険者の 現住所	〒 -		電話番号	
	被保険者が 勤務している 事業所名称			所属 テレNo.	連絡先 (内線)
	受診者氏名	(被保険者との続柄:)		受診者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	傷病名			発病又は 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	発病又は負傷 の原因および 傷病の経過	※ケガの場合は、いつ、どこで、何をしていたかなど詳しく記入して下さい。			
	診療を受けた 医療機関の	名 称			所在地
	申請理由 および 添付書類 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため <input type="checkbox"/> 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため <input type="checkbox"/> その他 (理由:) →『診療(調剤)報酬明細書(原本)』、『医療機関(薬局)の領収書(原本)』 <input type="checkbox"/> 以前加入の健保で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため →『診療(調剤)報酬明細書(写しを以前の健保から取り寄せ)』、『返還した領収書(原本)』			
	診療内容			入院外来の別	<input type="checkbox"/> 入院 ・ <input type="checkbox"/> 外来
	診療期間 (支給期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 診療を受けた日数 () 日間	診療に要した 費用の額		円
傷病が第三者 の行為による ものであるか 否 か	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	傷病が第三者の行為 によるものとき	その事実の届出を JSR健保組合へ 第三者の氏名・住所 (不明のときはその旨)	<input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない	
振込希望口座 (被保険者名義)	金融機関名		支 店 名		
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所		
	金融機関コード	店番コード	種 目	口座番号(右ヅメ)	
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座名義(カタカナで記入)	

＜注意事項＞

- 発病又は負傷の原因が、業務上や通勤途上中の事故による場合は、療養費の申請はできません。
- 負傷の原因が、第三者行為や交通事故による場合は、別途「第三者行為・自損事故による傷病届」等の書類が必要となります。
- 添付書類として、領収書の他に、医科・歯科の場合は「診療報酬明細書」、処方箋により薬局で薬剤の処方を受けた場合は「調剤報酬明細書」が必要となります。(傷病名、診療内容の明細が記載されたもの)
※領収書と一緒に交付される診療明細書では手続きできません。
- 公費または市区町村の医療費助成を受けている場合は、「受給証」等の写しを添付して下さい。
・被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

健保受付日付印

--

備考欄

◎健保処理欄

<input type="checkbox"/> 療養費・本人(1111)	<input type="checkbox"/> 療養費・家入(1115)	<input type="checkbox"/> 療養費・六入(1113)	<input type="checkbox"/> 療養費・高入一(1117)
<input type="checkbox"/> 療養費・本外(1112)	<input type="checkbox"/> 療養費・家外(1116)	<input type="checkbox"/> 療養費・六外(1114)	<input type="checkbox"/> 療養費・高外一(1118)
総医療費(健保適用分)	自己負担	健保負担(療養費)	高額療養費
円	円	円	円
			付加金
			円