

被保険者 **家族** 療養費支給申請書

常務理事	事務長		担当

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号・番号		被 保 険 者 名			事 業 所 の 名 称				
	記号	1	番号	1 2 3 4 5		健保 健太郎		NDS株式会社		
	被保険者住所		〒460-0012 名古屋市中区千代田二丁目15番18号			電話 052(263)2206				
	申請が被扶養者に関するときは		氏名	健保 健太		続柄	次男		生年月日	大昭/平成62年 5月25日
	傷病名		アキレス腱断裂			発病又は負傷の年月日		平成20年 3月 3日		
	傷病または負傷の原因		階段を踏み外し、アキレス腱を切った。							
	診療を受けた病院等		病院等名	明真大学付属病院			医師等名	朝田 龍太郎		
			所在地	名古屋市中区千代田一丁目1番1号						
	診療の内容		保存療法でギプス作成							
	診療の期間		平成20年 3月 3日～平成 年 月 日			診療に要した費用		16,500円		
	海外で受診したとき		国名		通貨		外貨総請求額			
	保険証で診療を受けることが出来なかった理由		緊急で保険証を持参せず受診して、全額自己負担した場合にその理由を記入。内容によっては給付ができない場合がある。							
第三者の行為により負傷したものであるかなしか		ある	第三者の行為であるときは		第三者行為の届出の有無		第三者の氏名・住所			
		なし			あり ・ なし		交通事故等で相手があるときは必ず記入する。			

NDS健康保険組合理事長 殿  
上記のとおり申請します。

平成20年 3月10日

受付印

## 添付書類

自費で治療を受けた場合	治療用装具代を支払った場合	海外で治療を受けた場合
<ul style="list-style-type: none"><li>・領収書(原本)</li><li>・診療報酬明細書</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・領収書(原本)</li><li>・医師の意見書 (証明書)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・領収書(原本)</li><li>・診療内容明細書 または歯科診療内容明細書</li></ul>

## 提出上の注意等

- ・ 保険外診療は、料金計算基準が異なる場合があるので診療報酬明細書の内容を保険診療の基準に算定し直した額で給付します。
- ・ 海外での診療の場合で領収書および診療内容明細書が**外国語で作成されているときは、必ず日本語の翻訳文**を添付する。但し、翻訳文には翻訳者の住所氏名を記入すること。
- ・ 海外での診療の場合は、「診療内容明細書」の内容を、国内で診療を受けた場合に置き換えて算定した額を給付します。(ただし、現地での医療費を円換算した額の方が低い場合にはその額を給付します)