

健康保険適用外治療証明書

患者氏名：_____

傷 病 名：_____

●健康保険適用外治療を必要とする理由をご記入ください。

記載日： 年 月 日

医療機関名・所在地

主治医

氏 名 _____ 印

主治医の方へ

この証明書は、日本新薬グループ共済会会員の健康保険適用外の治療費（全額自己負担）に対して一部補助するためのものです。患者より依頼がありました際は、本証を発行していただきたく、お願い申し上げます。また、本紙に記入しきれない場合は、「別紙記載」としていただき、記入した別紙（医療機関名、医師名を記入、捺印）を添付していただきますよう、お願い申し上げます。

会員の方へ

「健康保険適用外治療費補助」は、傷病のため、主治医の判断による健康保険適用外の治療を受けた場合の補助となります。注）健康保険適用外の治療費であっても、対象外とする費用もあります。

対 象 費 用： 自由診療・自費診療、患者申出療養・評価療養等の治療費

対象外費用： 歯科治療、レーシック等の角膜屈折矯正手術、海外での治療費、労災による治療費

※傷病の治療費が対象となりますので、美容目的の医療費、予防・検査目的の費用、入院・通院に伴う付帯費用、接骨院・整体他の代替医療・リラクゼーション費用、その他（書類作成費用等）は対象外です。