

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
 家 族 (治療用装具、立替払等、生血)

被保険者等 記号・番号	—	事業所名称	
被保険者の (申請者) 氏名	フリガナ		生 年 月 日
			昭和 平成 年 月 日
被保険者の (申請者) 住所	〒		
受診者名 (被扶養者家族)	氏 名		生 年 月 日
			昭和・平成・令和 年 月 日
傷 病 名	(ケガの場合は発生状況も記入してください) →		ケガの負傷年月日と詳細
発病の原因 と 経 過			令和 年 月 日 () AM・PM 時 分頃
立替：診療期間 または 装具：領収書日付	令 和 年 月 日 から	受診日数	※第三者行為の場合は健保組合給付係に連絡をしてください。 場所 ケガの発生状況 (私用・仕事・通勤・その他) _____ _____ _____ _____
	令 和 年 月 日 まで	日	
装着指示書作成年月日	令和 年 月 日		
療養に要した金額または 治療用装具の代金	円 (領収書・装着証明書の原本を添付してください)		
診療を受けた 病院等	名 称	医師の氏名	
	所在地		
療 養 費 申請の理由	1. 医師の指示による治療用装具の購入		
	2. 入社間もない受診で、オンラインでの資格確認がとれなかった		
	3. 緊急やむを得ず受診し、マイナ保険証を持っていなかった		
	4. 海外渡航時に医療機関を受診した (国名:)		
	↳ (渡航目的:)		
		第三者の行為によるものですか	
		・はい (第三者行為届が必要です) <input type="checkbox"/>	
		交通事故、けんかななどによるケガのことです	
振 込 先	口座名義人の氏名	預金種別	銀行・信用金庫 農協・信用組合
	フリガナ	普通・当座 (口座番号)	
		ゆうちょ銀行の場合は店番を記入してください	支店

※以下の欄は療養費の振込を代理人にする場合記入してください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 (申請者) 氏名	代理人の氏名	被保険者との関係
		フリガナ	
		代理人の住所・電話番号	
		〒	電話 ()

領収（診療）明細書

患者氏名	傷病名	診療期間	診療 実日数
(昭和・平成・令和 年 月 日生)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日

診療の内訳		単価	金額	薬名、用量等の明細		
初診	時間外・休日・深夜	回				
再診	再診	回				
	外来管理加算	回				
	時間外	回				
	休日	回				
	深夜	回				
指導		回				
在宅	往診	回				
投薬	内服 薬剤	単位				
	調剤	回				
	頓服 薬剤	単位				
	外用 薬剤	単位				
	調剤	回				
	処方	回				
	麻毒 調基	回				
注射	皮下筋肉内	回				
	静脈内	回				
	その他	回				
処置	処置	回				
	薬剤					
手術	手術・麻酔	回				
	薬剤					
検査	検査	回				
	薬剤					
画像診断	画像診断	回				
	薬剤					
その他	処方せん	回				
	その他	回				
	薬剤					
入院	入院年月日 年 月 日					
	入院料	× 日間				
		× 日間				
	入院時医学管理料	× 日間	食事	基準	円× 日	
		× 日間		円× 日		
特入・その他			食事療養費金額	円		
合計点数		合計金額		領収金額		
点		円		円		

※この明細書に代えて、診療報酬明細書等の用紙により医療機関の名称、所在地、医師の氏名の表示がある証明書を作成しても差し支えありません。

上記のとおり診療を行い、その費用を領収しました。

令和 年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
医師の氏名
電話番号 ()