

|      |     |     |     |
|------|-----|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担 当 | 担 当 |
|      |     |     |     |

健康保険 療養費支給申請書

|                                       |                                                         |          |                                                |           |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------|-----------|
| 被保険者等の<br>記号番号                        | 記号                                                      | 事業所名     | 電話                                             |           |
|                                       | 番号                                                      |          |                                                |           |
| 被保険者<br>氏名                            | フリガナ                                                    |          | 被保険者の生年月日                                      |           |
|                                       |                                                         |          | 昭和・平成 年 月 日                                    |           |
| 被保険者<br>住所                            | 〒                                                       |          | 電話                                             |           |
| 被扶養者が療養<br>を受けるときは<br>その方の氏名          | フリガナ                                                    | 続柄       | 被扶養者の生年月日                                      |           |
|                                       |                                                         |          | 昭和・平成・令和 年 月 日                                 |           |
| 傷病名                                   |                                                         |          | 初診日                                            |           |
|                                       |                                                         |          | 平成・令和 年 月 日                                    |           |
| 発病又は<br>負傷の原因<br>及び経過<br>(詳しく)        |                                                         |          | 第三者行為によるものですか                                  |           |
|                                       |                                                         |          | いいえ<br>はい ※「はい」の場合、別紙「第三者行為による傷病事故届」を添付してください。 |           |
| 診療を受けた<br>病院等                         | 名称                                                      | 所在地      |                                                |           |
| 診療を受けた<br>期間                          | 入院・入院外                                                  | 令和 年 月 日 | ～                                              | 令和 年 月 日間 |
|                                       | 装具購入の場合<br>装着日                                          | 令和 年 月 日 |                                                |           |
| 診療の内容                                 |                                                         |          |                                                |           |
| 種別                                    | 1. 自費診療 2. 装具購入 3. はり・灸・マッサージ 4. 海外診療 5. 血液購入 6. その他( ) |          |                                                |           |
| 診療に要した<br>費用の額                        | 円                                                       |          |                                                |           |
| 療養の給付を<br>受けることが<br>できなかった<br>理由(詳しく) | ※自費診療の場合、マイナ保険証等を提示できなかった理由を記入(単に忘れたと言う理由では申請不可)        |          |                                                |           |

|     |                             |          |
|-----|-----------------------------|----------|
| 委任状 | 本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 | 令和 年 月 日 |
|     | 被保険者<br>(請求者)               |          |

|        |                     |          |       |
|--------|---------------------|----------|-------|
| 支払金融機関 | ※退職後の申請の場合、ご記入ください。 |          |       |
|        | 銀行<br>信用金庫          | 本店<br>支店 | 普通・当座 |
|        | 口座番号                | 口座名義     | フリガナ  |
|        |                     |          |       |

受付日付印

【注意事項】  
\* 診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当てを受けた場合は、読み替えて記入してください。

領収(診療)明細書

④③②①  
医療機関の方へ  
すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。  
領収(診療)明細書は暦月単位で、投与した薬剤名及び検査名、処置名、手術名をレセプト作成時と同様に記載してください。  
歯科診療並びに調剤分に関する証明は別紙にて作成してください。  
輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」および「血液代金の領収証書」をつけてください。

|                              |                |                                      |                                      |       |         |                  |             |  |   |
|------------------------------|----------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------|---------|------------------|-------------|--|---|
| 患者氏名                         |                |                                      |                                      | 性別    | 男・女     | 生年月日             | 昭・平・令 年 月 日 |  |   |
| 傷病名                          | (1)            |                                      |                                      | 診療期間  |         | 令和 年 月 日から       |             |  |   |
|                              | (2)            |                                      |                                      |       |         | 令和 年 月 日まで       |             |  |   |
|                              | (3)            |                                      |                                      |       |         | (診療実日数) 日        |             |  |   |
| 入院外                          |                |                                      |                                      |       | 入院      |                  |             |  |   |
| 初診                           | 時間外・休日・深夜      |                                      |                                      | 回     | 初診      | 時間外・休日・深夜        |             |  | 回 |
| 再診                           | 再診             | ×                                    | 回                                    | 投薬    | 内服      | 単位               |             |  |   |
|                              | 外来管理加算         | ×                                    | 回                                    |       | 屯服      | 単位               |             |  |   |
|                              | 時間外            | ×                                    | 回                                    |       | 外用      | 単位               |             |  |   |
|                              | 休日             | ×                                    | 回                                    |       | 調剤      | 日                |             |  |   |
|                              | 深夜             | ×                                    | 回                                    |       | 麻毒調基    | 日                |             |  |   |
| 指導                           |                |                                      |                                      | 注射    | 皮下筋肉内 回 |                  |             |  |   |
| 在宅                           | 往診             | 回                                    | 夜間<br>深夜・緊急<br>在宅患者訪問診療<br>その他<br>薬剤 | 処方    | 薬剤 回    |                  |             |  |   |
|                              | 手術麻酔           | 回                                    |                                      | 手術麻酔  | 薬剤 回    |                  |             |  |   |
|                              | 検査             | 回                                    |                                      | 検査    | 薬剤 回    |                  |             |  |   |
|                              | 画像診断           | 回                                    |                                      | 画像診断  | 薬剤 回    |                  |             |  |   |
| 投薬                           | 内服薬剤調剤         | 単位 回                                 | その他                                  | 入院年月日 |         | 令和 年 月 日         |             |  |   |
|                              | 4. 薬剤          | 単位 回                                 |                                      | 入院    | 病診衣     | × 日間             |             |  |   |
|                              | 外用薬剤調剤         | 単位 回                                 |                                      |       | 入院料     | × 日間             |             |  |   |
| 薬                            | 処方麻毒調基         | 回 回                                  | 入院                                   |       |         | 入院時<br>医学<br>管理料 | × 日間        |  |   |
|                              | 皮下筋肉内          | 回                                    |                                      |       | × 日間    |                  |             |  |   |
|                              | 静脈内            | 回                                    |                                      | × 日間  |         |                  |             |  |   |
| その他                          | 回              | 特定入院料<br>その他                         |                                      |       |         |                  |             |  |   |
| 処置                           | 薬剤 回           |                                      | 食事                                   | 基準    |         |                  |             |  |   |
| 手術麻酔                         | 薬剤 回           | 円 × 日間<br>円 × 日間<br>円 × 日間<br>円 × 日間 |                                      |       |         |                  |             |  |   |
| 検査                           | 薬剤 回           |                                      |                                      |       |         |                  |             |  |   |
| 画像診断                         | 薬剤 回           |                                      |                                      |       |         |                  |             |  |   |
| その他                          | 処方せん 回<br>薬剤 回 |                                      |                                      |       |         |                  |             |  |   |
| 合計                           | 円              |                                      |                                      | 合計    | 円       |                  |             |  |   |
| 上記のとおり領収(診療)いたしました。 令和 年 月 日 |                |                                      |                                      |       |         |                  |             |  |   |
| 医療機関名                        |                |                                      |                                      |       |         |                  |             |  |   |
| 医療機関所在地                      |                |                                      |                                      |       |         |                  |             |  |   |
| 医師の氏名                        |                |                                      |                                      |       |         |                  |             |  |   |