

常務理事	事務長	担当	担当

### (記入例)健康保険 療養費支給申請書

被保険者等の記号番号	記号	99	事業所名	デクセリアルズ株式会社 ○○事業所	
	番号	9999		電話	9-999-9999
被保険者氏名	フリガナ	ケンボ タロウ		被保険者の生年月日	
		健保 太郎		昭和・平成 55 年 12 月 1 日	
被保険者住所	〒999-9999		東京都中央区京橋99-99-99		京橋マンション9999号
			電話	99-9999-9999	
被扶養者が療養を受けるときはその方の氏名	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	左足骨折			初診日	
				平成・令和 6 年 12 月 1 日	
発病又は負傷の原因及び経過(詳しく)	旅先の旅館の階段で転倒した			第三者行為によるものですか	
				いいえ 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。	
診療を受けた病院等	名称	○○○整形外科		所在地	栃木県宇都宮市○○ 99-99-99
診療を受けた期間	入院・入院外		令和 6 年 12 月 1 日 ~ 令和 6 年 12 月 5 日		5 日間
	装具購入の場合 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( )				
診療に要した費用の額	99,999 円				
療養の給付を受けることができなかった理由(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。 被保険者(請求者) 健保 太郎	令和 6 年 12 月 10 日
-----	---------------------------------------------------	------------------

支払金融機関	※退職後の申請の場合、ご記入ください。		
	銀行 信用金庫	本店 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。

(記入例)領収(診療)明細書

患者氏名				性別	男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日	
傷病名	医師の証明欄									から	
										まで	
初診										回	
再診										単位 単位 単位 日 日	
指導										回 回 回	
在宅	回 回 回										
投薬	内服 薬剤 調剤	単位 回	その他	薬 剤							回
	外用 4. 薬剤 薬剤 調剤	単位 回	入院	入院年月日	令和	年	月	日			
注射	処方 麻毒 調基	回 回		病 診 衣	入院料	×	日間				
				×		日間					
				入院時 医学 管理料	×	日間					
注 射	皮下筋肉内 静脈内 その他	回 回		特定入院料 その他	×	日間					
			×		日間						
処置	薬 剤	回									
手術 麻酔	薬 剤	回	食事	基準							
検査	薬 剤	回									
画像 診断	薬 剤	回		円	×	日間					
				円	×	日間					
その他	処方せん 薬 剤	回 回		円	×	日間					
			円	×	日間						
合計		円	合計								円

医療機関の方へ  
 ① 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。  
 ② 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。  
 ③ 歯科診療並びに調剤分に關する証明は別紙にて作成してください。  
 ④ 輸血に關する申請のときは、「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。