

# 健康保険 被保険者 療養費支給申請書

(第 回目)

(注意事項)  
輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付してください。

被保険者証の 記号・番号	記号	被保険者が勤 務する(してい た)事業所の 名称					
	番号						
傷病名			発病又は 負傷の年月日	平成 令和	年	月	日
発病又は 負傷の原因	負傷の時刻	午前・午後	時	分	負傷の場所(どこで)		
	職務	勤務中・出勤途中・退社途中・私用		加害者の有無		有・無	
〔何をする時、どの 様にして負傷した か具体的に記入 してください。〕							
傷病の経過							
診療又は手当を 受けた医療機関 の名称・所在地 及び医師の氏名	名称				医師氏名		
	所在地						
診療又は 手当の内容	入院期間		自	年	月	日	
	コルセット装着日		至	年	月	日	
診療又は手当 を受けた期間	自	年	月	日	日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 円也
療養費申請の理由 (該当する番号を○ で囲んでください)	1. 治療用装具・眼鏡を作成したため		4. その他(理由を詳しく記入してください)		理由		
	2. 誤って他の保険者の被保険者証を 使用したため		3. 被保険者証の発行手続中で、被保 険者証が届いていなかったため				
被扶養者に 関する申請のとき	氏名	生年 月日		昭・平・令 年 月 日	被保険者 との続柄		
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <input checked="" type="checkbox"/> 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。							
払渡希望銀行	銀行		本店	普通 No			
	信用金庫		支店	当座 No			
	信用組合		本所	フリガナ			
	農協		支所	口座名義人			
令和 年 月 日 提出 住所 被保険者 ..... 氏名 ..... 〒 □□□□-□□□□ ..... 生年月日 昭・平 年 月 日							
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)							
備考欄							
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 委任する場合でマイナンバーを記載して申請するときは、「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」 などの添付が必要です。							
委 任	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		〒		令和	年	月 日
	住所						
	被保険者の (請求者)		-----				
	氏名						
	〒						
	住所		-----				
	代理人の		-----				
	氏名						
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">             受付日付印           </div>							

## 医師証明

## 領収(診療)明細書【医科入院外】

患者氏名		性別		生年月日	昭・平・令 年 月 日
傷病名	(1) (2) (3)	診療期間		令和 年 月 日 から 年 月 日 まで (診療実日数)	日
初診	時間外・休日・深夜	回		点	
再診	再診 外来管理加算 時間外 休日 深夜	× × × ×	回 回 回 回	点	
医学管理				点	
在宅	往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬剤		回 回 回 回	点	
投薬	内服 { 薬剤 調剤 × 単位 回 屯服 { 薬剤 単位 外用 { 薬剤 単位 回 調剤 回 処方 回 麻毒 回 調基			点	
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他		回 回 回	点	
処置	薬剤		回	点	
手術 麻酔・	薬剤		回	点	
検査	薬剤		回	点	
画像 診断	薬剤		回	点	
その他	処方せん × 薬剤		回 回	点	
合計				円	

(注意事項)

- すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して、「診療明細書」として下さい。
- 入院・歯科診療・調剤の場合は、診療(調剤)報酬明細書(レセプト)の作成をお願いします。
- 輸血及びびコルセット等治療用装置に関する申請のときは、「浴療のため必要と認める旨の証明書」を交付して下さい。この場合、左の領収(診療)明細書の記入は必要ありません。

上記のとおり領収(診療)しました。

令和 年 月 日

医療機関の所在地  
医療機関の名称  
医療機関の電話番号  
医師名