健康保険 被保険者 被扶養者 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。

被保険者等記号・番号	記号 番号	被保険者が勤務する（していた）事業所の	名　称		
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 〔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。〕	負傷の時刻	午前・午後　　時　　分	負傷の場所（どこで）		
	用務	勤務中・出勤途中・退社途中・私用	加害者の有無	有・無	
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 至　　年　　月　　日		
		コルセット装着日	令和　　年　　月　　日		
診療又は手当を受けた期間	自　　年　　月　　日 至　　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 2. 他の保険者の資格を喪失後に受診し返還した医療費を申請するため 3. 加入して間もなく医療機関を受診し資格を確認できなかったため	4. その他（理由を詳しく記入してください） 〔理由　　　　〕			
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

□ 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☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）

㊟ 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 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 本所 支所	普通No 当座No フリガナ 口座名義人

令和　　年　　月　　日　提出　　被保険者　住所

氏名

〒□□□-□□□□

生年月日　昭・平　　年　　月　　日

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。

備考欄	

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

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 被保険者の（請求者）　〒 住所 氏名 代理人の　〒 住所 氏名

受付日付印

医師証明

療養費
立替払用

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　×　回 外来管理加算　×　回 時　間　外　×　回 休　　日　×　回 深　　夜　×　回	点
医学管理		点
在 宅	往　　診　回 夜　　間　回 深 夜・緊 急　回 在宅患者訪問診療　回 そ　の　他 薬　　剤　回	点
投 薬	内服 { 薬剤　単位 　　 { 調剤　×　回 屯服　薬剤　単位 外用 { 薬剤　単位 　　 { 調剤　回 処方　回 麻毒　回 調基	点
注 射	皮 下 筋 肉 内　回 静　脈　内　回 そ　の　他　回	点
処 置	回 薬　　剤　回	点
手術・麻酔	回 薬　　剤　回	点
検 査	回 薬　　剤　回	点
画像診断	回 薬　　剤　回	点
その他	処 方 せ ん　×　回 薬　　剤　回	点
合計	円	

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

（注意事項）

1. 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。
2. 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。
3. 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、「治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。