

記入例

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器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 1 番号 100	被保険者が勤務する(していた)事業所の名称	榊東友健保		
傷病名	腰椎椎間板ヘルニア		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)		
	用務	勤務中・出勤途中・退社途中・私用	加害者の有無	有・無	
[何をすると、どの様にして負傷したか具体的に記入してください。] 不明					
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	健康整形外科病院	医師氏名	広島 憲太郎	
	所在地	広島市南区大州6-6-6			
診療又は手当の内容	入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日	コルセット装着日	平・令 元年 5 月 15 日
診療又は手当を受けた期間	自 R1 年 5 月 20 日 至 年 月 日	1 日間	診療又は手当に要した費用の額	金 30,000 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 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 ④ その他(理由を詳しく記入してください) 理由 公金受取口座を利用する場合は、金融機関名等の情報は記入しないでください。				
被扶養者に関する申請のとき	氏名	健保 正子	平 昭・平 昭 月 日 令 25 年 4 月 3 日	被保険者との続柄	母
<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。) ⑤ 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	健康	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 本所 支所	普通 No 7777777 当座 No フリガナ ケンポ タロウ 口座名義人 健保 太郎	広島
住所 広島市南区大州1-1-1 令和 元年 5 月 30 日 提出 被保険者 氏名 健保 太郎 〒 7 3 2 - 0 8 0 2 生年月日 昭・平 41 年 10 月 1 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				受付日付印

領収(診療)明細書

患者名		傷病名	
-----	--	-----	--

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 外来管理加算 時間外 休日 深夜	× × × ×	回 回 回 回	投薬	内服 外用 調剤 麻毒 調基	単位 単位 単位 日 日		
指導				注射	皮下 筋肉 静脈 その他	回 回 回		
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	処置	薬 剤	回		
投薬	内服 外用 処方 麻毒 調基	{ 薬剤 調剤 } × { 薬剤 調剤 }	単位 回 単位 回 単位 回 回 回	手術 酔・	薬 剤	回 回		
注射	皮下 筋肉 静脈 その他		回 回 回	検査	薬 剤	回 回		
処置	薬 剤		回	診断 画像	薬 剤	回 回		
手術 酔・	薬 剤		回 回	その他				
検査	薬 剤		回	入院	入院年月日	年 月 日		
画像 診断	薬 剤		回		病診衣	入院料	× × ×	日間 日間 日間
その他	処方せん 薬 剤	×	回 回		入院時 医学 管理料		× × ×	日間 日間 日間
合計			円		特定入院料・その他			
				食事	基準			
						円 × 円 × 円 × 円 ×	日間 日間 日間 日間	
合計			円	合計			円	

(注意事項)

3. 2. 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。
 歯科診療の場合は、別に領収(診療)明細書を作成して下さい。
 輸血及びコルセット等治療用器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。

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