

注意事項

- ◎ 個人ごと・医療機関ごと・診療月ごとに一枚の申請書に記入して下さい。
- ◎ 立替払いの申請をする場合は「診療報酬明細書（レセプト）」又は申請用紙裏面に医師による記入」と「領収書（原本）」を添付して下さい。
- ◎ 治療用装具の申請をする場合は、「医師の装具作成指示書・装具装着証明書（原本）」と「領収書（原本）」を添付して下さい。
- ◎ その他の申請をする場合は、事業所担当者又は健康保険組合までご相談下さい。

支給支払決定 決議書	常務理事	事務長	係	決議年月日	年	月	日
				金額			円
	支給期間	自	年	月	日	日間	
	資格期間	取得	年	月	日		
		喪失	年	月	日		
備考							

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
被扶養者

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者 記号番号	—	被保険者 氏名				
	被保険者 住所						
	療養を受けた者の 氏名		生年月日	年	月	日生	被保険者 との続柄
	事業所の名 称及所在地					診療又は 手当に要し た金額	円
	傷病名					療養を 開始した日	年 月 日
	コルセット又 は負傷の場 合記入	(いつ) 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時頃					第三者行為に よるものですか?
		(どこで)					
		(何をしています)					
		(経過)					年 月 日コルセット装着
	診療を受けた 医師の住所 及氏名			診療または 手当の期間	年 月 日から	日間	
				年 月 日まで			
診療又は手 当の内容							
療養を受ける ことが出来な かった理由							

(事業所所属の方) 委任状	上記請求金額の受領を _____ に委任する。 年 月 日 被保険者氏名
	(任意継続の方) 領収書
振込希望銀行名	銀行 支店 普通・当座 口座番号[]
※事業所所属の方は 記入不要	(フリガナ) 口座氏名

※押印を省略する場合、事業主が以下の内容を確認し、確認欄にチェックして下さい。

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

領 収 (診 療) 明 細 書

患者氏名(生年月日)	傷病名	診療期間	診療実日数
(年 月 日生)		年 月 日から 年 月 日から	日

※診療報酬明細書の添付のある場合は記入は不要です。

診療の内訳				単価(点)	金額(円)	薬名・用量等の明細
初診	時間外・休日・深夜	回				
再診	再診	診	×	回		
	外来	管理加算	×	回		
	時	間	×	回		
	休	外	×	回		
	深	夜	×	回		
指導						
在宅	往診	診	×	回		
	夜	夜・緊急	×	回		
	在宅患者訪問	診療	×	回		
	在宅患者訪問	診療	×	回		
投薬	内服	{	薬剤	×	単位	
			調剤	×	単位	
	外用	{	薬剤	×	単位	
			調剤	×	単位	
処方	方	×	回			
注射	皮下	筋肉		回		
	静脈	内		回		
処置	薬	剤		回		
	処	置		回		
検査	薬	剤		回		
	薬	剤		回		
その他	処方	せん	×	回		
	その他	他		回		
入院料	入院期間			年 月 日から		
				年 月 日まで		
	入院基本料・加算			×	日	
			×	日		
特定入院料・その他						
療養に要した費用の合計					円	
食事	基準	円	×	回	食事療養費	標準負担額
		円	×	回		
		円	×	回		
				円		円

上記のとおり領収しました。

年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
医師の氏名・印
電話番号

《領収書貼り付け用紙》

※領収書がA4以下の場合はこの用紙に貼り付けて下さい。