

(品名コード 06125318)

被 保 険 者 療 養 費 支 給 申 請 書
被 扶 養 者

領収（診療）明細書

| | | | | | | | |
|---|--|-----------|---|-------|--|----------------|-------|
| 患者氏名 | | 傷病名 | | 診療期間 | 自 年 月 日 | 診療日数 | 日 |
| 再診 | 初診 | 時間外・休日・深夜 | 回 | 検査 | 薬 | 剤 | 回 |
| | 再診 | 時間外 | 回 | | | | 回 |
| 在宅 | 往診 | 深夜・緊急 | 回 | 画像 | 薬 | 剤 | 回 |
| | 在宅患者訪問診療 | その他 | 回 | | | | 回 |
| 投薬 | 内服 | 薬剤 | × | 院 | 入院年月日 | 病 | 年 月 日 |
| | 外用 | 薬剤 | × | | | | 点 |
| 注射 | 皮下 | 筋肉 | 回 | 食事・生活 | 標準 | 特別 | 円 × 回 |
| | 静脈 | 内他 | 回 | | | | 円 × 回 |
| 処置 | 薬 | 剤 | 回 | 合計 | 環境 | 減・免・猶・I・II・3月超 | 円 × 回 |
| | 手麻酔 | 薬 | 回 | | | | 円 × 日 |
| 上記のとおり領収（診療）いたしました。 年 月 日 医療機関の名称 医療機関の所在地 〒 医師の氏名 | | | | | | | |
| 委任状 | 私は、 年 月 日請求した被保険者療養費のうち 円也の受領に関する事。 年 月 日 住所 〒 被保険者の氏名 ㊟ 住所 〒 代理人の氏名 ㊟ 委任者と代理人との関係 | | | | | | |
| | 振込希望の金融機関名 | | | | 銀行・金庫・信組 店・本店 支店・出張所 フリガナ 口座番号 口座名義 | | |
| 領収書 | 金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 住所 〒 受領者の氏名 ㊟ | | | | | | |

(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」としてください。
 歯科診療の場合は、別に領収（診療）明細書を作成してください。
 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
 交付してください。この場合、左の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。

| | |
|-------|--------------------------|
| 受付年月日 | 年 月 日 |
| 伺年月日 | 年 月 日 |
| 決裁年月日 | 年 月 日 |
| 支給額 | 円 |
| 支給期間 | 自 年 月 日 至 年 月 日 日間 |

| 支給支払決議書 | | | |
|---------|-------|--|--|
| | | | |
| 資格取得 | 年 月 日 | | |
| 資格喪失 | 年 月 日 | | |
| 支払年月日 | 年 月 日 | | |

被保険者療養費支給申請書 (第 回目)

| | | | | |
|--|------------|-------------------------------|-------------|----------|
| 被保険者証の 記号・番号 | 第 号 | 被保険者が勤務する(してい た)事業所の 名称 | 所在地 〒 | 電話 |
| 傷病名 | 発病又は負傷の年月日 | | 年 月 日 | |
| 発病又は負傷の原因 | | | | |
| 傷病の経過 | | | | |
| 診療を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名 | 名称 | 所在地 〒 | 氏名 | |
| 診療の内容 | 診療に要した費用の額 | | 円 | |
| 診療の期間 | 自 年 月 日 日間 | 入院の場合、左記の入院期間 | 自 年 月 日 日間 | |
| 療養が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生労働大臣が定める療養を含むときはその旨 | | | | |
| 療養の給付を受けることができなかった理由 | | | | |
| 第三者の行為による負傷であるとき | その事実と届出の有無 | 加害者の氏名 | 加害者の住所 〒 | |
| 被扶養者に関する申請のとき | 氏名 | 生年月日 | 昭平 年 月 日 | 被保険者との続柄 |
| 振込希望の金融機関名 | 銀行 金庫 信組 | | 店・本店 支店・出張所 | |
| | 普通当座 | 口座番号 | フリガナ 口座名義 | |
| 上記のとおり申請します。 年 月 日 | | | | |
| 住所 〒 被保険者の氏名 ㊟ ※ 健康保険組合理事長 殿 | | | | |

(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。

※被保険者本人が署名した場合は、押印不要です。