



同年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	会計	扱	者	被扶養者 台帳照合印								
支払年月日	平成	年	月	日														
支給額		拾万	万	千	百	拾	円											
支給内訳	法定	数	項	目	拾万	万	千	百	拾	円	資格喪失	年月日	療始	年月日				
付加												療終	年月日					
支払	種	目	請	求	査	定	種	目	請	求	査	定	種	目	請	求	査	定
決	初	診		円		円	注	射		円		円				円		円
議	再	診					検	査										
書	往	診					処	置	及	び	手	術						
	投	薬											合	計				
													一	部	負	担		

**被保険者 療養費 支給申請書** (第 回 目)

健康保険

被	被保険者証の記号・番号	生	年	月	日	被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日
保	00000000	1: 明 3: 大 5: 昭 7: 平	0	4	0	1		0: 無 1: 有	
險	被保険者の(申請者)氏名と印	(フリガナ) ケンボ タロウ	事業所の(フリガナ)	ケン シ マチ	(フリガナ)	ケン シ マチ	(フリガナ)	ケン シ マチ	(フリガナ)
者	健保 太郎	健保	の名称	株式会社	の所在地	県 市 町 1			
が	郵便番号	00000000	住所	住所コード	県 市 町 1 - 1				(000) 0000
記	療養が被扶養者に関するときは、その者の(ウ)氏名		(イ)生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生	(オ)被保険者の続柄			
入	傷病コード		カ	ナ	傷病名	腰部椎間板ヘルニア	発病又は負傷年月日(療養開始日)		
す							年 月 日		
る	(キ)発病又は負傷の原因及びその経過	腰に痛みがあり、病院で治療を受けた。						第三者によるものですか。	0: いいえ 1: はい
と	診療を受けた病院等	(ク)名称	病院	(コ)診療した医師氏名					
こ		(ク)所在地	県 市 町 2						
ろ	診療の期間(支給期間)	自	年	月	日	日数	入院・入院外の別	(カ)入院の場合左記の入院期間	(キ)診療に要した費用の額
		至	年	月	日		0: 入院外 1: 入院	自平成 年 月 日 日間 至平成 年 月 日 日間	円
	(ク)診療内容	コルセット装着			(ケ)療養の給付を受けることができなかった理由	治療用装具装着のため。			

記入の方法は3ページ目に書いてありますからよく読んでください。  
「」印欄は記入しないでください。

療養費の別	1.立替払い等	療養の原因(コード)		施術回数		回
	2.治療用装具	治療用装具(コード)		支給種別	1 初回支給 2 補修 3 再支給	装着日 年 月 日
	3.生血	輸血回数				回
(21)支給回数	(22)支給算出額	(23)調整減額コード	(24)調査先コード	(25)海外表示	(26)特別支給コード	(備考)
				0: 国内 1: 海外		

平成 年 月 日 提出

事業所 担当者印	領	金	円也領収いたしました。
	収		平成 年 月 日
	書		健康保険組合理事長殿
			氏名

受付日付印

支払金融機関の欄	(27) 支払区分	1: 振込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	(28) 預金種別	1: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別段	(29) 銀行 金庫 農協	本店 支店
	(28) 金融機関コード				口座名義	健保 太郎
	(30) 口座番号	0 0 0 0 0 0 0				

受取代理人の欄	(タ) 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。					
	平成 年 月 日					
	被保険者 住所 (申請者) 氏 名					
	(31) 代理人の氏名と印	(フリガナ)	(ヲ) 委任者と代理人との関係			
代理人の住所	(32) 郵便番号		(フリガナ)			
	(33) 住所コード					

### 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				初診	時間外・休日・深夜			
再診	再診	x	回		投薬	内服	服用	単位	
	外来管理時間外休日深夜	x	回			屯外調剤	服用	単位	
指導	診間	x	回		注射	皮下筋肉内	内	回	
	深夜・緊急	x	回			静脈内	他	回	
在宅	在宅患者訪問診療	x	回		処置	薬	剤	回	
	その他	x	回			手術・麻酔	薬	剤	回
投薬	内服	x	単位		検査	薬	剤	回	
	外用	x	単位			画像診断	薬	剤	回
薬	処方	x	回		その他	薬	剤	回	
	麻毒調基		回			入院年月日	年 月 日		
注射	皮下筋肉内		回		入院	病	診	衣	
	静脈内		回			入院料	x	日間	
処置	薬		回		院	入院時医学管理料	x	日間	
	剤		回			特定入院料・その他	x	日間	
手術・麻酔	薬		回		食	基準			
	剤		回			円 x	日間		
検査	薬		回		事	円 x	日間		
	剤		回			円 x	日間		
画像診断	薬		回		合計	円 x	日間		
	その他	x	回			合計	円		
合計					合計	円			

(備考) すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を記し、「診療領収書」として所定の事項を記入してください。  
(添付書類についての注意)  
(1) 歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書をつけてください。  
(2) 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」をつけてください。  
(3) コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費」についての領収証書をつけてください。  
(4) 海外における療養費の申請のときは、「領収内容明細書」及び「領収明細書」をつけてください。  
なお、証明書等が外国語で記載されている場合は「翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。」

上記のとおり領収（診療）いたしました。  
平成 年 月 日  
住所  
医師の 氏名

**〔記入上の注意〕**

1. 標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方をマルで囲んで下さい。
2. 標題の「被保険者」の文字をマルで囲んだときは、(ウ)・(エ)・(オ)欄に「該当せず」と記入して下さい。
3. 診療を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当を受けた場合は、(ク) (ケ)(コ) (サ)(シ)(ス)の欄は、そのように読み替えて記入して下さい。
4. (29)の欄は、該当する番号をマルで囲んで下さい。
5. の欄は、被保険者が自ら署名する場合には押印は不要です。
6. 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に第三者行為による傷病届をこの書類に添付して下さい。
7. 給付金の受領方を他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入し、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入して下さい。