

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
被扶養者

請	被保険者証の 記号番号		(記号)	(番号)	事業所名	
	被保険者 (申請者) の氏名・ 印・住所	氏 名	(フリガナ)		住所	郵便番号 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
求	療養を受けた方 の氏名・生年月日 及び続柄		氏名	昭・平 年 月 日	傷病名	発病又は負傷 の年月日 年 月 日
			続柄		傷病の経過	
	発病の原因 (打撲・捻挫・骨折等の ときは欄の負傷届 へ記入してください)		診療又は手当を 受けた医師・歯科 医師等の氏名・ 所在地		(氏名)	(所在地)
者	診療又は手当 を受けた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	診療又は手当 を受けた内容	診療又は手当 に要した費用	円
	申請理由 (該当理由を で囲んでく ださい。イ・ウの場合は その理由をできるだけ詳 しく記入してください。)	ア．治療用装具購入のため(装着日 平成 年 月 日) イ．健康保険被保険者証を使用できなかったため ウ．その他 (理由)				
入 給 付 金 の 受 領 方 法	受取代理人	*代理人に委任する方は記入してください 【被保険者(申請者)印は欄に押した印に限ります】 この給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ 印 _____ に委任します。 平成 年 月 日 被保険者(申請者)氏名 _____ 印 _____				
	振込希望金融機関					
	【被保険者(申請者)又は委任代理人の口座に限ります】 フリガナ() () 店番 _____ 銀行 _____ 信用金庫 _____ 支店 口座番号 _____ フリガナ() _____ 口座名義人氏名 _____					
こ る	負傷届(負傷の発生状況)	いつ 年 月 日 午前 時 分 午後 時 分			受付日付印	
		どこで(場所) 何の目的で 何をしているときに どうなった				

領収証明書（診療内訳書）

¥

患者氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成
傷病名		診療期間	平成 年 月 日から 診療実日数 日 平成 年 月 日まで
療養に要した費用の内訳			
診療の内訳		点数	金額
初診		回	
再診	再診	×	回
	外来管理加算	×	回
	時間外	×	回
	休日	×	回
	深夜	×	回
指導			
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		回
投薬	内服薬剤		単位
	内服調剤	×	回
	頓服薬剤		単位
	外用薬剤		単位
	外用調剤	×	回
	処方	×	回
	麻毒基調		回
注射	皮下筋肉内		回
	静脈内		回
	その他		回
処置	処置		回
	薬剤		回
手麻酔	手術・麻酔		回
	薬剤		回
検査	検査		回
	薬剤		回
画像診断	画像診断		回
	薬剤		回
その他	処方せん		回
	その他		回
	薬剤		回
入院	入院年月日 年 月 日		
	入院料	×	日
		×	日
		×	日
		入院時医学管理料	
		×	日
×	日		
食事療養	×	日	
	×	日	
	×	日	
特入・その他			円 × 日
合計			円

上記のとおり領収したことを証明します。

平成 年 月 日

病院、診療所名称及び所在地

所在地
名称
医師氏名

TEL () -

(印)