

健康保険 療養費支給申請書

記入上の注意

- 1 傷病が外傷（打撲、捻挫、骨折など）であるときは、⑧の欄と⑨の欄は詳しく記入してください。なお、原因が第三者行為（交通事故やけんかなど）によるものは、別途「第三者行為による負傷届」を提出してください。
- 2 ⑮の欄は、療養の給付（健康保険を使用して医療機関等を受診すること）を受けられなかった理由を詳しく記入してください。
- 3 小児弱視等の治療用眼鏡等を更新する場合は、⑭の欄に更新前の装着年月日と支給申請した保険者（健康保険）名を記入してください。
- 4 保険給付を受ける権利は、2年が経過すると消滅します。療養費は、費用を支払った日の翌日及時効の起算日となります。
- 5 海外でやむを得ず医師による治療を受けた場合の費用は、「海外療養費支給申請書」を使用してください。
- 6 申請に必要な添付書類については裏面をご覧ください。
- 7 この請求書の記載でわからないことがある場合は、健康保険組合（給付課）までお問合せください。

被 保 険 者 （ 請 求 者 ）	① 被保険者の記号・番号				② 被保険者（請求者）の氏名															
	記号		番号		③ 被保険者の生年月日				昭和・平成		年		月		日					
	④ 被保険者（請求者）住所				電話（ ）															
	⑤ 事業所名																			
	⑥ 療養が被扶養者のときは、その方の				氏名				生年月日		昭和 平成 令和		年		月		日		続柄	
	⑦ 傷病名								⑧ 発病・負傷の年月日		令和		年		月		日			
	⑨ 発病・負傷の原因およびその経過				(どこで、何をしていた、どのように) (該当するものを○で囲んでください) 出勤前 通勤途中 仕事中 帰宅後 休日 第三者行為(交通事故・けんか等)によるものですか はい・いいえ															
	⑩ 診療を受けた医療機関				名称								療養担当医師氏名							
					所在地															
	⑪ 診療期間				令和 年 月 日から 日数				⑫ 診療に要した費用											
				令和 年 月 日まで								円								
⑬ 請求内容				1. 治療用装具（コルセット・治療用眼鏡等） 令和 年 月 日装着 2. 立替払等 3. その他				⑭ 診療内容												
								⑮ 療養の給付を受けることができなかった理由												
給 付 金 の 受 領 方 法	⑯ 受取人 被保険者住所 _____ (請求者) 氏名 _____																			
	住所 _____ 委任された方 氏名 _____																被保険者との関係			
	⑰ 振込指定口座 【被保険者（請求者）又は委任代理人の口座に限ります】 銀行 _____ 信用金庫 _____ 支店 _____ 普通当座 _____ 店番（ ） _____ フリガナ _____ 口座番号 _____ 口座名義 _____																			
備 考	⑱ 備考 被保険者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、この備考欄に記載してください。(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。)																			
	受付年月日 _____																			

提出先 〒542-0061 大阪市中央区安堂寺町2-4-14 文健会館4階
関西文紙情報産業健康保険組合
TEL 06(6765)9212

この用紙はA4サイズにコピーまたは印刷してご使用ください

領収（診療）明細書（入院・入院外）

患者氏名				性別	男・女	生年月日	昭和・平成・令和		年	月	日		
傷病名						診療期間	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで (診療実日数) 日						
初診	時間外・休日・深夜				回	点	公費分点数						
再診	再診	×	回										
	外来管理加算	×	回										
	時間外	×	回										
	休日	×	回										
深夜	×	回											
医学管理													
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												
薬	薬剤	回											
	内服薬	×	単位										
	頓服薬	×	回										
	外用薬	×	単位										
処方薬	×	回											
麻薬	×	回											
注射	皮下筋肉内	回											
	静脈内	回											
	その他	回											
処置	薬剤	回											
手麻酔	薬剤	回											
検査	薬剤	回											
診断画像	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												
	病診	入院基本料・加算 点											
		×	日間										
		×	日間										
		×	日間										
×		日間											
		特定入院料・その他											
						食事・生活		基準	特別	円×	回		
						食事		環境	円×	回	日		
						基準（生）		円×	回	日			
						特別（生）		円×	回	日			
						減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ		円×	回	日			
						合計		円					
上記のとおり領収（診療）いたしました。													
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 医師の氏名													
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄													

添付書類について

1 治療用器具（コルセット・治療用眼鏡等）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」という旨の「領収書」（原本）及び実費に「装具または既製品の装具のときは、当該装具の画像（現物写真）」も添付してください。

2 やむを得ない理由で、健康保険を使用することができなかったときは、この面の領収（診療）明細書、または診療内容に関する証明書（診療報酬明細書の写し等）と領収書（原本）を添付してください。

3 歯科診療及び調剤に関する申請のときは、この面の領収（診療）明細書に「診療報酬明細書」と領収書（原本）を添付してください。