

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 ⑩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記入する場合は、⑩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から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 ） が 記 入 す る こ ろ	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	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	午前・午後	時	分	頃
	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 工作中 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		⑭ 診療内容									
	2. 立替払等 3. その他		⑮ 療養の給付を受けることができなかった理由									
⑯ 受取金の受領方法	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の方に委任します。 令和 年 月 日											
給付代理人	被保険者住所 _____ (請求者) 氏名 _____					被保険者との関係						
委任された方	住所 _____ 氏名 _____											
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です】											
	銀行		信用金庫		支店			普通当座				
	左づめでご記入ください		店番（ _____ ）									
	フリガナ		口座名義									
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。)											

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

関西文紙情報産業健康保険組合
2024.12

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	令和 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				
	薬剤		回		
投薬	内服	薬剤	×	単位	回
	頓服	薬剤		単位	回
	外用	薬剤	×	単位	回
	処方	毒基	×		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		円×	回	
	特別		円×	回	
	食事		円×	日	
	環境		円×	日	
基準（生）			円×	回	
特別（生）			円×	回	
減・免・猶・I・II・3月超					
合計					
				円	

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）に着が傷病の治療のため必要と認められる担当医師の証明書の写し（原本）及び実費に

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、この面の領収書（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）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、この面の領収書（診療）明細書によらず、「診療報酬明細書」「調剤報酬明細書」と領収書（原本）を添付してください。

装着のときは、当該器具の画像（現物写真）も添付してください。

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