

健康保険 被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

※添付書類及び記入例は当健保
ホームページを参照ください

請求者の記入するところ	被保険者等 記号・番号	××	×××	事業所 名称	××××株式会社						
	被保険者 の 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎				生年 月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	
	申請が被扶 養者に関する 場合	被扶養 者氏名	健保 花子	生年 月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	続柄	妻	
	傷病名	かぜ				⑩発病又は 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	発病の原因 及び経過	急に具合が悪くなつたため受診し、処方された 投薬により軽快した					第三者行為 によるもので すか	<input type="checkbox"/> はい (例)交通事故やけんか等	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
	診療を受け た 医療機関	名称	駅前診療所			所在地	長野県 ×××××× ×-×-×				
		医師名	田中 一夫								
	診療の内容	投薬					診療に要し た費用の額	6,000円			
	申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証を提示せずに受診 <input type="checkbox"/> 治療用装具を作成(コルセット、弾性着衣、小児弱視等) <input type="checkbox"/> その他 ()					<input type="checkbox"/> 前加入健 医療機関等に支払った 金額をご記入ください				
立替払の場合 (治療用装具作 成以外の場合)	診療期間	平成 <small>令和</small> ××年 ××月 ××日	～	平成 <small>令和</small> ××年 ××月 ××日	1	日間					
	上記期間の うち入院期間	平成 <small>令和</small> 年 月 日	～	平成 <small>令和</small> 年 月 日	日間						
治療用装具を 作成した場合	医師に 具が必 めたら	記入不要 (治療用装具の申請時のみ記入)					日				
	記入不要 (治療用装具の申請時のみ記入)						記入不要				
被保険者振 込先口座 ※被保険者以外 への支給には、 「給付金受領委 任状」が必要で す	金融 機関名	×××銀行			支店名	新宿西支店					
	口座 番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	No.	××××××	フリガナ	ケンポ タロウ					
					名義	健保 太郎					
上記のとおり申請いたします											
被保険者 住所	〒	×××-×××× 東京都×××× ×-×-×	令和	××年	××月	××日					
氏名	健保 太郎						TEL	××-××××-××××			
						E-mail	××××@××.××.××				

健保 記入 欄	備考欄		
	(家族)療養費		常務理事
	円		事務長
	一部負担還元金・家族療養付加金		担当者
	円		資格取得日
	高額療養費		平成 令和 年 月 日
	円		資格喪失日
	合計		平成 令和 年 月 日
		支給決定日	
		令和 年 月 日	

【医療機関証明用】

領収(診療)明細書

※ 装具の申請時には不要です

患者氏名	健保 花子		性別	男 · <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	昭和 ×× 年 ×× 月 ×× 日	
傷病名	(1) 急性咽頭炎 (2) (3)		診療期間	平令 ×× 年 ×× 月 ×× 日から 平令 ×× 年 ×× 月 ×× 日まで	(診療実日数)	1日	
初診	時間外 · 休日 · 深夜 1 回 282 点		公費分点数				
医学管理							
在宅							
投薬	内服 屯服 外用 調剤 麻毒 調基		単位 単位 単位 日 日				
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他		回 回 回				
処置	薬剤		回				
手麻術醉	薬剤		回				
検査	薬剤		回				
画像診断	薬剤		回				
その他	薬剤		1回				
入院	入院年月日	年 月 日	点	食事基準 円 × 回 特別 円 × 回 生活環境 円 × 回 基準(生) 円 × 回 特別(生) 円 × 回 減・免・猶 I · II · 3月超 円			
	病	診					入院基本料 · 加算
							× 日間
							× 日間
							× 日間
							× 日間
			特定入院料 · その他				

上記のとおり領収(診療)いたしました(※1)

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

担当医師印

(※1) すでに申請の対象となる費用について領収証を発行しているときは「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。