

健康保険 被保険者 療 養 費 支給申請書
家 族 入院時食事療養費 (治療用装具、立替払等)

◎本申請書を提出するときは、欄外の注意事項をよく読んで誤りのないようにしてください。

被保険者（申請者）が記入するところ	① 健康保険被保険者証の記号・番号 記号 番号		② 被保険者の生年月日 年 月 日		③ 備考		受付年月日	
	④ 被保険者（申請者）の氏名（自署） (フリガナ)			⑤ 事業所の 名 称 所在地				
	(相続人からの請求の 場合は被保険者氏名)							
	⑥ 被 保 険 者 （ 申 請 者 ） の 住 所 ・ 電 話 番 号 (フリガナ) 〒□□□-□□□□ 電話 () (氏 名) (生 年 月 日) (被保険者との続柄) 年 月 日							
	⑦ 家族療養費の申請の 場合は、被扶養者の 氏名等		(氏 名)		(生 年 月 日)		(被保険者との続柄) 年 月 日	
	⑧ 傷病名および傷病の経過		⑨ 負傷（ケガ）は第三者の行為によるものですか		⑩ 負傷（ケガ）の原因・状況			
	ケガ⇒ ・ 病気⇒		はい いいえ 負傷（ケガ）の場合は、「負傷届」を第1回請求時に 必らず添付してください。		(いつ) 年 月 日 () 時 分頃 (どこで) (何をしていて、どのように負傷したか) ア. 私用中 イ. 工作中 ウ. 通勤途中 エ. その他 ()			
	⑪ 発 病 の 原 因		発病年月日		年 月 日 認定 装着			
	⑫ 診療又は手当の期間 年 月 日から 年 月 日まで		⑬ 入院の有無 なし あり⇒ 年 月 日から 年 月 日まで					
	⑮ 診療等に要した金額・装具の代金 円		⑯ 診療又は手当を受けた医療機関の名称等 名 称 医師の氏名 所在地		入社年月日 年 月 日		健保証受領 年 月 日 (やむを得ず健康保険被保険者証を使用できなかった理由)	
⑰ 療養の給付を受けることができなかった理由 ア. 治療用装具の装着 イ. 他制度で受診（国保・共済・その他／)⇒ ウ. 自費で受診（国内・海外）／国名)⇒								

委任状	表記請求金額の受領を 委任します。	
	年 月 日	被保険者の 住 所 (申請者) 氏 名 (自署)
状	大阪自動車販売店健康保険組合理事長殿	

組合記入欄	支 給 金 額	円	算出基礎
	診 療 期 間 (装具装着日)	年 月 日 年 月 日 日間	
	資 格 取 得	年 月 日	
	被保険者・被扶養者	入 院 ・ 外 来	

- ◎コルセット等治療用装具類を装着した場合の申請であるときは、保険医の「意見書、装具装着証明書」及び領収書（原本）を添付してください。
- ◎自費等により医療機関で療養を受けた場合の医療費の申請であるときは、申請書裏面の「領収（診療）明細書」に医療機関の証明（診療内容の記載）と、その診療に関する費用を支払った旨の証明を受けてください。（領収書添付でも可。コピーは不可。）
- ◎国民健康保険（市町村）等へ無資格期間に係る医療費を返納した場合は、国民健康保険等へ返納した金額の領収書及び、市区町村から受け取った書類等を添付してください。
- ◎老人保健法による医療を受けられる場合は、健康保険でこの給付は行いません。市区町村の老人保健課等へ請求してください。
- ◎支給決定に際し、別途、必要書類等の提出を求めています。
- ◎既に「負傷届」を提出済の場合は⑩欄に負傷発生の原因・状況を簡単に記入してください。

領 収（診療）明 細 書

◎この用紙へ直接記入することによって、診療報酬明細書等の用紙により証明書を作成しても差し支えありません。
なお、その証明書には、医療機関の名称、所在地、医師の氏名（自署）が表示されていることが必要です。

※治療用装具を装着した場合、国民健康保険等へ無資格期間に係る医療費を返納した場合の療養費支給申請には、この証明は必要ありません。

患 者 氏 名（生年月日）		傷 病 名		診 療 期 間		診療実日数	
(年 月 日)				年 月 日から 年 月 日まで		日	

	診 療 の 内 訳				単 価	金 額	薬 名、用 量 等 の 明 細						
診 察 料	初診・時間外・深夜（ ）												
	再診	{ 時 間 内			回								
		{ 時 間 外			回								
		{ 深 夜			回								
往診	{ 内科加算			回									
	{ 普通 難路 夜間			回									
投 薬 料	外 来 分	内服	{ 調薬		回	剤					単位		
			{ 処方		回	剤					単位		
		屯服	{ 調薬		回	剤					単位		
	{ 処方		回	剤	単位								
	外用	{ 調薬		回	剤	単位							
		{ 処方		回	剤	単位							
入 院 分	内服	{ 調薬		回	剤	単位							
		{ 処方		回	剤	単位							
	屯服	{ 調薬		回	剤	単位							
{ 処方		回	剤	単位									
外用	{ 調薬		回	剤	単位								
	{ 処方		回	剤	単位								
注 射 料	皮下筋肉内 回												
	静 脈 内 回												
	そ の 他 回												
処 置 お よ び 手 術 料					回								
					回								
					回								
					回								
検 査 料	レントゲン				回								
					回								
					回								
					回								
入 院 料	入院期間 日間						普通給食 有・無 備考						
	年 月 日から						基 食						
	年 月 日まで						基 寝						
							看 1 類						
	普 食 日間（内特食 日間）						入院日 年 月 日より						
	食なし 日間						看 2 類						
							看 3 類						
療 養 に 要 し た 費 用 の 合 計						円							

上記のとおり診療を行い、その費用を領収しました。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名（自署）

連絡先の電話番号 ()