

健康保険 被保険者 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

被保険者証の記号・番号		事業所名称	
被保険者の氏名	(フリガナ)	生年月日	<input 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	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和                 年 月 日 続柄
傷病名		⑩発病又は負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和                 年 月 日
発病の原因及び経過		第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (例)交通事故やけんか等
診療を受けた医療機関	名称 医師名	所在地	
診療の内容		診療に要した費用の額	円
申請理由	<input type="checkbox"/> 保険証を提示せずに受診 <input type="checkbox"/> 前加入健保から医療費の請求を受けた <input type="checkbox"/> 治療用装具を作成(コルセット、弾性着衣、小児弱視等の治療用眼鏡等) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
立替払の場合(治療用装具作成以外の場合)	診療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日間	
	上記期間のうち入院期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日間	
治療用装具を作成した場合	医師により装具が必要と認められた日	令和 年 月 日	医師により装具の装着が確認された日 (弾性着衣・眼鏡は記入不要) 令和 年 月 日
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	支店名	
	<input type="checkbox"/> 座番号 <input type="checkbox"/> 普通 No. <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ 名義	
上記のとおり申請いたします			
住所 〒		令和 年 月 日	
被保険者氏名		TEL	
		E-mail	

備考欄

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

## 領収(診療)明細書

※ 装具の申請時には不要です

患者氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	年	月	日	
傷病名	(1) (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)			日	
初診	時間外 ・ 休日 ・ 深夜	回	点					
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						
手麻酔	薬剤	回						
検査	薬剤	回						
画像診断	薬剤	回						
その他	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					
		×	日間					
	特定入院料 ・ その他							
				食事	基準	円	×	回
					特別	円	×	回
				生活	食事	円	×	回
					環境	円	×	回
					基準(生)	円	×	回
					特別(生)	円	×	回
					減 ・ 免 ・ 猶 ・ I ・ II ・ 3月超			
				<b>合計</b>				<b>円</b>
					減額	割(円)免除・支払猶予		(上記のうち公費負担額 円)

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

(※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。