

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①健康保険の記号・番号	記号 番号	②被保険者(申請者)の氏名及び生年月日	(フリガナ) S・H 年 月 日								
	③申請が被扶養者に関するものであるときはその氏名、生年月日及び続柄		生年月日	S・H・R 年 月 日	続柄							
	④被保険者(申請者)の現住所	〒 _____ 方 TEL _____										
	⑤事業所の名称	TEL _____										
	⑥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										
	⑦上記⑥で「イ」「ウ」だった方は当組合の健康保険を使用できなかった理由											
	⑧傷病名		⑨傷病名が負傷の場合、第三者行為によるものですか	ア. はい(<small>第三者行為による傷病届を提出してください</small>) イ. いいえ								
	⑩発病又は負傷の原因・状況	(いつ) 年 月 日 () 時 分頃		ア. 私用中 イ. 工作中 ウ. 通勤途中 エ. その他								
		(どこで)		(何をしていた)								
	⑪入院の有無	有・無	⑫診療又は手当の期間	自 年 月 日	⑬診療に要した費用	円						
		コルセット等の装着日	至 年 月 日	コルセット等の代金								
⑭診療または手当を受けた医療機関の名称等	名称 所在地		医師名									
委 任 状	⑮この申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。											
	被保険者(申請者)の 氏名及び印				Ⓜ							
		住 所										
		代理人の 会社名										
		氏 名				Ⓜ						
⑯振込口座	(フリガナ)	銀行コード	預金種目	・普通 ・当座 ・その他 ()								
	銀行		口座番号									
	(フリガナ)	支店コード	名 義	(フリガナ)								
	支店											
⑰備考		(①の記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入)										
		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

※記入上の注意

- 訂正がある場合は二重線で消してください。修正液や修正テープでの修正は認められません。
- 傷病の原因が負傷(ねんざ、打撲、骨折、打ち身等)の場合は、⑩欄に原因及び状況を詳しく記入してください。
- 給付金の受領を代理人に委任するときは、⑮欄の「被保険者(申請者)」と「代理人」の印は、それぞれ別の印を使用してください。
- 健康保険の記号・番号に代えて個人番号(マイナンバー)により申請する場合は、⑰欄へ記載してください。

[受 付 印]

※この申請書に添えなければならない書類

- 医師の一般診療を受けた場合の申請は領収書(原本)及び診療報酬明細書(レセプトもしくは裏面の明細証明)。
- コルセット、ギプス、義肢等に関する申請は装着が傷病の治療のため必要と認められた医師の意見書(原本)と装具の内訳及び領収書(原本)。「靴型装具」の申請については、当該装具の写真(患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)
- 領収書等については原本の添付が必要です。
(別途、他の制度に給付金等の申請がある場合には、事前に領収書の写し(コピー)を取ったものをご利用いただき、当組合から送付する支給決定通知と併せて申請してください。)

領 収 (診 療) 明 細 書

患者氏名		傷病名			
診療の内訳		金額	薬名、用量等の明細		
診 察 料	初診 <small>時間外 休日 深夜</small>	回	点		
	再診	× 回	点		
	外来管理加算	× 回	点		
	時間外休日深夜	× 回	点		
指導	× 回	点			
在宅	× 回	点			
投 薬	内服 薬剤 <small>単位</small>	× 回	点		
	調剤		点		
	頓服 薬剤 <small>単位</small>		点		
	外用 薬剤 <small>単位</small>	× 回	点		
注射	皮下筋肉内	回	点		
	静脈内	回	点		
	その他	回	点		
処置	処置 薬剤	回	点		
手術	手術・麻酔 薬剤	回	点		
検査	検査 薬剤	回	点		
画 像 診 断	画像診断	回	点		
	薬剤		点		
その他					
入 院	入院期間 年 月 日から 年 月 日まで	日間	入院料・入院時医学管理料摘要		
	入院料	点× 日間			
	入院時医学管理料	点× 日間			
療 養 の 給 付		合計点数	点	療養の給付金額	円
食事	基準	円 ×	日間	食事療養費金額	円
診 療 実 日 数			日	合 計 金 額	円

上記のとおり領収しました

所在地

令和 年 月 日 医療機関 の 名称

医師の氏名

*上の明細書に代えて、診療報酬明細書等の用紙により、医療機関の名称・所在地・医師の氏名の表示がある証明書を作成して差し支えありません。