

添付書類についての注意

- (1) 歯科診療に関する申請のときは、別紙の領収証書をつけて下さい。
- (2) 輸血を必要とする申請のときは、「輸血を必要とする申請の証明書」及び「血液代金の領収証書」をつけて下さい。
- (3) コルセット・ギブス・義肢等の申請のときは、「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」を添付して下さい。
- (4) 海外に「実費」を請求する療養費の申請のときは、「診療内容説明書」及び「診療明細書」をつけて下さい。

支給決定日	平成	年	月	日						
支払年月日	平成	年	月	日						
支給額	拾万	万	千	百	拾	円				
支給内訳	法定					円	資得	年月日	療始	年月日
	付加					円	格喪	年月日	療終	年月日
備考										

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (第 1 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号			被保険者の (フリガナ) ケンボ タロウ		被保険者の (申請者) 氏名と印 健保 太郎		被保険者 捺印 健保				
	記号	〇〇〇	番号	1	2	3						
	事業所名称	〇〇 株式会社			事業所所在地	〇〇県 市××区 町1-1-1						
	被保険者の (申請者) 住所	〒 〇〇〇 ××××			〇〇県 市××区 町1-2-3			(電話番号) 123 (456)7899				
	療養が被扶養者に関するときは、その者の	氏名	健保 花子		生年月日	50年1月1日生		被保険者との続柄	妻			
	傷病名	急性胃炎			発病又は負傷年月日	平成15年 1月 1日						
	発病又は負傷の原因及びその経過	不詳						第三者行為によるものですか。 いいえ 1: はい				
	診療を受けた病院等	名称	〇〇病院		診療した医師氏名	鎌倉 一郎						
	診療の期間 (支給期間)	自	1	5	年	1	1	日	数	入院・入院外の別 入院外	入院の場合左記の入院期間	診療に要した費用の額
	診療の内容	診察、投薬			療養の給付を受けることができなかった理由	緊急の為、保険証を持参してなかった						

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。										
	平成 年 月 日										
	被保険者 住所 (申請者) 氏名 (印)										
	代	住所					委任者と代理人との関係				
	理	氏名 (印)									
人	受取口座	銀行・金庫・農協				本店・支店					
		普通・当座			口座番号:		口座名義				

受付日付印

領収 (診療) 明細書

患者名				傷病名	
11	初診	時間外・休日・深夜	回	円	
12	再診	時間内(診) (病) 継続管理加算 外来管理加算 時間外 休日 深夜	回 回 回 回 回 回 回	円	
	往診	普通・難路 夜間・暴風雨雪 同、家屋	回 回 回	円	
13	指導				
14	在宅	往診 深夜・緊急 在宅患者訪問診 療 指導管理 その他 薬	回 回 回 回 回	円	
20	投薬	内服薬剤 屯服薬剤 外用薬剤 調剤 処方・乳幼・特処 麻薬・向神・覚原・毒 薬 調基	単位 単位 回 単位 回 回 回	円	
30	注射	皮下筋肉内 静脈内 その他	回 回 回		
40	処置	処薬 置剤	回	円	
50	手術 麻酔	手術・麻酔 薬 剤	回	円	
60	検査	検査 査剤	回	円	
70	画像 診断	透視 造影 視剤	回 回 回	円	
80	その他	その他 処方 薬 剤	回	円	
90	入院	入院年月日	年 月 日		
		⋮			
		90入院料		× 日 × 日 × 日	円
		91入院時医学管理料		× 日 × 日 × 日	円
	合計			円	

上記のとおり領収(診療)いたしました。

平成 年 月 日

医療機関 所在地
担当医 氏名

TEL ()

