**「療養費支給申請書」**

**●記入にあたり注意していただく事項**

１．標題の｢被保険者」・「家族」の文字は、いずれか該当する方を○で囲んでください。

２．診療をうけたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合は、⑪⑫⑬⑭⑮⑯の欄はそのように読み替えて記入してください。

３．⑩⑬の欄は、該当する番号を○で囲んでください。

４．傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に｢第三者行為による傷病届｣をこの書類に添付してください。

５．給付金の受領を他人に委任するときは、受領代理人の欄に必要事項を記入し、振込希望銀行の欄に受領代理人名義の口座を記入してください。

【添付書類】

①歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書(歯科(診療)明細書)を添付してください。

②輸血に関する申請のときは、｢輸血を必要と認めた医療担当者の証明書｣及び｢血液代金の領収証書｣をつけてください。

③コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、｢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｣及び｢実費についての領収証書｣をつけてください。

※これらの①から③の場合は、下記の領収(診療)明細書の記入は必要ありません。

**健康保険　　　　 療養費支給申請書** ( 回目)

被保険者

家族

（立替払等、治療用装具、生血）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者が記入するところ | ①被保険者証の記号番号 | 該当するものに○印 |
| － | 1．事業所勤務名　称所在地 | 2.特例退職被保険者 | 3.任意継続被保険者 |
| ②被保険者(申請者)の氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | ③ 生年月日 |
|  | 昭和　　　年　　　月　　　日平成 |
| ④被保険者(申請者)の住所 | 〒(℡)  |
| ⑤療養が被扶養者に関するときはその者の氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 生年月日 | 続柄 |
|  | 昭和平成　　　年　　　月　　　日令和 |  |
| ⑥発病又は負傷年月日(療養開始日) | 　　　　年　　月　　日 | ⑦傷病名 |  |
| ⑧発病又は負傷の原因及びその経過 | (具体的に) |
| ⑨装具等の装着証明年月日 | 　　　　年　　月　　日 | ⑩第三者行為によるものですか | １.いいえ　２.はい |
| ⑪診療を受けた病院等 | 名称 | 診療した医師氏名 |  |
| 所在地(℡) |
| ⑫診療の期間(薬剤のみの時は支給期間) | 自　　　年　　　月　　　日日間至　　　年　　　月　　　日 | ⑬入院・入院外の別 | 1：入院　2：入院外 |
| ⑭入院の場合の上記の入院期間 | 自　　　年　　　月　　　日日間至　　　年　　　月　　　日 | ⑮診療に要した費用 | 円 |
| ⑯診療の内容 |  | ⑰療養の給付を受けることができなかった理由 |  |
| ⑱振込希望銀行 |  | 銀行 | 預金種目 | 口座番号(右づめで記入) |
| 普通 | 当座 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 支店出張所 | フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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。　令和　　年　　月　　日被保険者　 住所　〒令和　 年　 月　 日請求受付日付印（請求者） 氏名 |
| 住所　〒代理人 氏名 |
| 振込希望銀行 |  | 銀行 | 預金種目 | 口座番号（右づめで記入） |
| 普通 | 当座 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 支店出張所 | フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 社会保険労務士の提出代行者 |  |

民間放送健康保険組合

領収(診療)明細書

立替払用

医師が証明する欄

（　　月　　日から　　月　　日までの分）

【備考】すでに申請の対象となる費用について領収書を発行しているときは、｢領収｣の文字を消し、｢診療明細書｣として所定の事項を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者名 |  | 傷病名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 入院外 | 入院 |
| 初診 | 時間外・休日・深夜 回 | 初診 | 時間外・休日・深夜 回 |
| 再診 | 再診 × 回外来管理加算 × 回時間外 × 回休日 × 回深夜 × 回 | 投薬 | 内服 単位頓服 単位外用 単位調剤 日麻毒 日調基 |
| 指導 |  |
| 在宅 | 往診 回夜間 回深夜・緊急 回在宅患者訪問診療 回その他 回薬剤 回 | 注射 | 皮下筋肉内 回静脈内 回その他 回 |
| 処置 |  回薬剤 回 |
| 手術・麻酔 |  回薬剤 回 |
| 投薬 | 薬剤 単位内服調剤 × 回頓服　薬剤 単位薬剤 単位外用調剤 × 回処方 × 回麻毒 回調基 |
| 検査 |  回薬剤 回 |
| 画像診断 |  回薬剤 回 |
| その他 | 薬剤 回 |
| 注射 | 皮下筋肉内 回静脈内 回その他 回 | 入院 | 入院年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 病 | 診 | 衣 | 入院料 |  × 日間 × 日間 × 日間 |
| 処置 |  回薬剤 回 |  |
| 入院時医学管理料 |  × 日間 × 日間 × 日間 × 日間 |
| 手術・麻酔 |  回薬剤 回 |
| 検査 |  回薬剤 回 |
| 特定入院料・その他 |  |
| 画像診断 |  回薬剤 回 | 食事 | 基準 |  |
|  円× 日間 円× 日間 円× 日間 円× 日間 |
| その他 | 処方せん × 回薬剤 回 |
| 合計 | 円 | 合計 | 円 |
| 上記のとおり領収(診療)いたしました。 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名 |

令和 　年 　月 　日請求

受付日付印