

「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. 診療を受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な事項を記入し、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 被保険者 療養費支給申請書 (回目)
 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	フリガナ	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	フリガナ	生 年 月 日	続柄
	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	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	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 〒 (請求者) 氏 名		
	代 理 人 住 所 〒 氏 名		
	振 込 希望銀行	銀 行	預金種目
支 店 出張所		フリガナ	口座名義人

令和 年 月 日請求
 受付日付印

社会保険労務士の提出代行者	
---------------	--

領収(診療)明細書

(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は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		投 薬	内 服			単位		
	外来管理加算	×	回			頓 服			単位		
	時 間 外	×	回			外 用			単位		
	休 日	×	回			調 剤			日		
	深 夜	×	回			麻 毒			日		
指 導					調 基						
在 宅	往 診		回		注 射	皮下筋肉内			回		
	夜 間		回			静 脈 内			回		
	深夜・緊急		回			そ の 他			回		
	在宅患者訪問診療		回		処 置				回		
そ の 他		回		薬 剤				回			
投 薬	内服	薬剤		単位	手 術・ 麻 醉	薬 剤			回		
		調剤	×	回				回			
	頓服	薬剤		単位	検 査	薬 剤			回		
	外用	薬剤		単位			画 像 診 断	薬 剤			回
		調剤	×	回						回	
処 方		×	回		そ の 他	薬 剤			回		
麻 毒			回								
注 射	皮下筋肉内		回		入 院	入院年月日		年 月 日			
	静 脈 内		回			病 診 衣	入院料	×	日間		
そ の 他			回					×	日間		
処 置	薬 剤		回					×	日間		
			回					×	日間		
手 術・ 麻 醉	薬 剤		回					×	日間		
			回					×	日間		
検 査	薬 剤		回				×	日間			
			回			特定入院料・その他					
画 像 診 断	薬 剤		回		食 事	基準					
			回				円×	日間			
そ の 他	処方せん	×	回				円×	日間			
	薬 剤		回				円×	日間			
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