

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)
 家族 (立替払い等・治療用装具・生血)

①健康保険証記号・番号				②被保険者が勤務する(していた)事業所				※任意継続被保険者の方は「任意継続」と記入							
③被保険者氏名				④生年月日				⑤日中連絡の取れる電話番号							
⑥現住所				昭和 平成				年 月 日							
⑦被保険者と受診者が違う場合右記に記入(被扶養者)				受診者氏名				生年月日				被保険者との続柄			
				昭和 平成 令和				年 月 日							
⑧傷病名															
⑨発病又は負傷の原因と経過															
(いつ) 平成・令和 年 月 日 ()															
(どこで)															
(何をしています)															
⑩第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <small>「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を提出してください。</small>															
⑪診療を受けた病院等の				名称				所在地				⑫領収書の額			
				医師の氏名								円			
⑬立替払いの場合				診療期間				自 年 月 日				日数			
				至 年 月 日				日				治療区分			
												入院の場合、その入院期間			
												自 平成 年 月 日			
												至 平成 年 月 日			
												日間			
⑭治療用装具の場合				医師の指示日				年 月 日							
⑮診療の内容															
※必ず記入してください 療養の給付を受けることができなかった理由															
1. 保険証を受取る前であった 2. 誤って前の保険証を使用した 3. 保険証を持っていなかった(理由:) 4. 労災・第3者行為 5. 医療機関でない業者に装具作製を依頼															
⑯支払金融機関の欄															
銀行 本店 出張所 金庫 支店 営業部															
預金種別 普通 口座番号 口座名義															
カタカナで記入															

⑰受取代理人の欄	振込先を被保険者名義以外の口座に希望する場合は、必ず下記受取代理人欄に記入・捺印のこと(同一筆跡・同印影は不可)												
	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。								被保険者と代理人との関係				
	被保険者 氏名								住所				
代理人の氏名と印		(フリガナ)				代理人の住所				(フリガナ)			
		印				〒				〒			

添付書類 ○ 立替・・・「診療報酬明細書(レセプト)」と「領収書(原本)」
 ○ 装具・・・「医師の意見書(原本)」と費用の内訳のわかる「領収書(原本)」
 ○ 生血・・・「輸血証明書」と「領収書(原本)」
 ※ 「診療報酬明細書(レセプト)」は「診療明細書(医療費の内訳)」とは異なりますのでご注意ください。
 ※ 診療明細書や領収書が無い場合は別紙1を作成の上、提出してください。

受付日付印

領収(診療)明細書

(月 日から 月 日までの分)

患者名		傷病名	
初診	時間 休日 深夜	外 日 夜	回数 回数 回数
再診	再 外来 時間 休日 深夜	診 管理 加算 外 日 夜	× × × × ×
往診	普 夜 深夜	通 間 ・暴風雨雪・難路	回数 回数 回数
入院	1月未満	日間	(日～ 日)
	1月～3月未満	日間	(日～ 日)
その他	3月以上	日間	(日～ 日)
	給食の有無	日間	(日～ 日)
指導			合計
上記の通り領収(診療)いたしました。			円
医療機関名称			年 月 日
住所			
医師 氏名			Ⓜ
電話			

- 注意
- すでに領収書を発行している時は、「領収」の字句を消して、「診療明細書」としてください。
 - 歯科診療の場合は別に領収(診療)明細書を作成してください。
 - 輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「治療のため必要と認める旨の証明書」を交付してください。
この場合、上の領収(診療)明細書の記入は必要ありません。