健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書

被保険者が記入するところ

被保険者証	記号	番号	被保険者(申請者)の氏名と印	生年月日
			(ﾌﾘｶﾞﾅ)	年　月　日

被保険者の(申請者)住所	郵便番号		電話番号	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)			

事業所名称						
対象者が被扶養者の場合に記入	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	年　月　日	被保険者との続柄	

傷病名		発病又は負傷年月日(療養開始日)	第三者行為によるものですか	※2:はいの場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。
		年　月　日	1：いいえ　2：はい(業務外・業務上)	

発病又は負傷の原因及びその経過(具体的に詳しく)	

診療を受けた病院等	名称		診察した医師氏名
	所在地		

診療の期間(支給期間)	自	年　月　日	【日数】	入院・入院外の別	入院の場合左記の入院期間			診療に要した費用の額
	至	年　月　日	日間	0：入院外 1：入院	自	年　月　日	【日数】	円
					至	年　月　日	日間	

診療の内容		療養の給付を受けることができなかった理由	

(被保険者の口座に限る)振込希望口座

金融機関名		支店名	
金融機関コード	支店コード	預金種別	1:普通 2:当座	口座番号	
口座名義	(ﾌﾘｶﾞﾅ)				

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。

年　月　日

被保険者(申請者)　住所

氏名

代理人の氏名と印	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	委任者と代理人との関係

代理人の住所	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 〒　－

年　月　日提出

受付日付印

エイベックス・グループ健康保険組合

診療報酬明細書　　年　　月分

◆点数計算の為、診療内容を明記して下さい。

氏名		傷病名	

※右記診療報酬明細書に伴う領収書（原本）を添付してください。

次の場合には右記の診療報酬明細書は必要ありません。
・治療用眼鏡・コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときには、
それらの「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「領収書及び内訳」をつけてください。

入院外

初診	時間外・休日・深夜		回	点
再診	再診	×	回	
	外来管理加算	×	回	
	時間外	×	回	
	休日	×	回	
	深夜	×	回	
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			
	薬剤		回	
投薬	内服 { 薬剤		単位	
	調剤	×	回	
	屯服 薬剤		単位	
	外用 { 薬剤		単位	
	調剤	×	回	
	処方	×	回	
	麻毒		回	
	調基			
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	
検査			回	
	薬剤		回	
画像診断			回	
	薬剤		回	
その他	処方せん	×	回	
	薬剤		回	
合計			円	

入院

初診	時間外・休日・深夜		回
投薬	内服		単位
	屯服		単位
	外用		単位
	調剤		日
	麻毒		日
	調基		
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
検査			回
	薬剤		回
画像診断			回
	薬剤		回
その他	薬剤		回
入院	入院年月日		年　月　日
	病 / 診 / 衣	入院料	× 日間
			× 日間
			× 日間
		入院時医学管理料	× 日間
			× 日間
			× 日間
			× 日間
	特定入院料・その他		
食事	基準		
			円× 日間
			円× 日間
			円× 日間
			円× 日間
合計			円

年　　月　　日

保険医療機関
の所在地
及び名称