

健康保険

被保険者
家 族

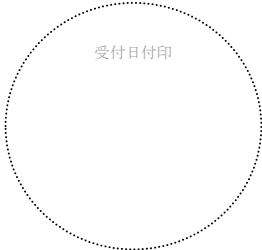
療養費支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	記号	番号	被保険者(申請者)氏名・印				生年月日		
				(フリガナ)				昭和 平成	年 月 日	
	被保険者(申請者)住所		郵便番号					電話番号		
			(フリガナ)							
	事業所名称									
	対象者が被扶養者の場合に記入	氏名	(フリガナ)			生年月日	昭和 平成 令和	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。
					令和 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							診療した医師名		
	所在地									
診療期間 (支給期間)	自	令和 年 月 日	【日数】 日間	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	令和 年 月 日		0:入院外	自	令和 年 月 日	【日数】 日間			
			1:入院	至	令和 年 月 日					
診療内容					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)	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	(フリガナ)							

受 取 代 理 人 記 入 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	
	住所 被保険者 (申請者) 氏名	
	代理人 氏名・印	(フリガナ) 委任者と代理人の関係
	代理人住所	(フリガナ)

令和 年 月 日 提出



診療報酬明細書 令和 年 月分

◆点数計算の為、診療内容を明記してください。

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・義肢等と認められる申請のときは、
それらの「装着が傷病の治療のため必要」と認められる医師担当者の「証明書」及び「領収書及び内訳」をつけてください。

入 院 外				入 院											
初 診	時間外・休日・深夜			回	点	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				屯 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						注 射	皮下筋肉内	回							
	在 宅	往 診		回				静 脈 内	回						
夜 間			回				そ の 他	回							
深 夜・緊急			回			処 置	薬 剤	回							
在宅患者訪問診療			回					手術・麻酔	薬 剤	回					
そ の 他			回			検 査	薬 剤			回					
投 薬	内 服 { 薬 剤	×	単位					画 像 診 断	薬 剤	回					
	屯 服 薬 剤		単位			そ の 他	薬 剤			回					
	外 用 { 薬 剤	×	回							入 院	入院年月日	令和 年 月 日			
	処 方	×	回									病 診 衣	入院料	×	日間
	麻 毒		回											入院時医学管理料	×
調 基		回			×			日間							
注 射	皮下筋肉内		回			食 事	基 準	円 × 日間							
	静 脈 内		回					円 × 日間							
	そ の 他		回					円 × 日間							
処 置	薬 剤	回						合 計	円	令和 年 月 日					
		回								保 健 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称					
手 術 ・ 麻 酔	薬 剤	回				合 計	円				令和 年 月 日				
		回									保 健 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称				
検 査	薬 剤	回										合 計	円	令和 年 月 日	
		回						保 健 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称							
画 像 診 断	薬 剤	回							合 計	円				令和 年 月 日	
		回				保 健 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称									
そ の 他	処 方 せ ん	×	回				合 計				円			令和 年 月 日	
	薬 剤		回									保 健 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称			
合 計				円				合 計					円	令和 年 月 日	
									合 計	円				令和 年 月 日	
						合 計								円	令和 年 月 日
							合 計				円				令和 年 月 日
												合 計			円