



伺年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	課長	係長	係
支払年月日	令和 年 月 日					
支給額	捨万 万 千 百 捨 円					
※ 支給内訳	捨万 万 千 百 捨 円	資得	年月日	療始	年月日	日間
備考		格喪	年月日	養終	年月日	日間
種別	請求	査定	種別	請求	査定	
						合計
						一部負担

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回 目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の記号と番号	第 号	② 事業所の名称と所在地				
	③ 傷病名			④ 発病又は負傷の年月日	年 月 日 (負傷の場合は 時 頃)		
	⑤ 発病又は負傷の原因						
	⑥ 傷病の経過						
	⑦ 診療を受けた病医院の名称			⑧ 所在地			
	⑧ 診療に従事した医師の氏名			⑨ 住所			
	⑨ 診療の内容						
	⑩ 診療の期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	入院・入院外の別 0:入院外 1:入院	入院の場合は入院期間 自 年 月 日 日間	⑪ 診療に要した費用の額 金 円也
	⑫ 療養の給付を受けることができなかった理由						
	⑬ 第三者の行為によって負傷したものであるか	ある ない	⑭ 第三者の行為によつて負傷したとき	その事実の届出の有無	ある・ない		
			第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)				
	⑮ 申請書が被扶養者に関するときはその者の	氏名	⑯ 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生	被保険者との続柄		
	上記のとおり申請いたします。 (郵便番号) 令和 年 月 日						
	被保険者の 住所 氏名 (印)						

「記入上の注意」
 1. 診療を受けたのでなく薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当を受けた場合は、
 は、⑦⑧⑨⑩⑪は、そのように読みかえて記入してください。
 2. 給付金の受領を他人に委任する場合、および給付金を直接受領する見込みのある場合は、
 それぞれ該当の欄に記入押印して提出してください。

委 任 状	私は下記の者を代理人と定め、療養費 (家族療養費) の受領を委任します。	令和 年 月 日
	住所	
	本人氏名	(印)
	住所	
	代理人氏名	(印)

令和 年 月 日 提出

受付日付印

振込希望の金融機関(資格喪失後の受給者のみ)	
銀行・信金・信組	支店 普通・当座(No.)
フリガナ	
口座名義	

担当医が記入するところ	患者氏名	傷病名	
	発病又は負傷年月日	年 月 日	入院期間 年 月 日～年 月 日
	装具名	コルセット又は生血を必要と診断した日 年 月 日	
	コルセット又は生血を必要とする理由(生血の場合必要量)	コルセット装着年月日	年 月 日
令和 年 月 日	医療機関	所在地	名称
	医師名	(印)	

領収(診療)明細書

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		屯服		単位		
	時間外	×	回		外用		単位		
	休日	×	回		調剤		日		
	深夜	×	回		麻毒基		日		
指導				注射	皮下筋肉内	回			
在宅	夜間		回	処置	静脈内	回			
	深夜・緊急		回		その他		回		
	在宅患者訪問診療		回		手麻酔	薬 剤	回		
投薬	その他		回	検査	薬 剤	回			
	薬 剤		回		画像診断	薬 剤	回		
	内服 { 薬 剤 調剤 }	×	単位 回			その他	薬 剤	回	
	屯服 { 薬 剤 調剤 }		単位 回				入院	薬 剤	回
	外用 { 薬 剤 調剤 }	×	単位 回					入院年月日	年 月 日
処方	×	回	病 診 衣	×				日間	
麻毒基	×	回	入院料	×	日間				
注射	皮下筋肉内		回	入院	入院料	×		日間	
	静脈内		回		入院料	×	日間		
	その他		回		入院料	×	日間		
処置	薬 剤		回	入院	入院料	×	日間		
	薬 剤		回		入院料	×	日間		
手麻酔	薬 剤		回	入院	入院料	×	日間		
	薬 剤		回		入院料	×	日間		
検査	薬 剤		回	入院	入院料	×	日間		
	薬 剤		回		入院料	×	日間		
画像診断	薬 剤		回	入院	入院料	×	日間		
	薬 剤		回		入院料	×	日間		
その他	処方せん		回	入院	入院料	×	日間		
	薬 剤		回		入院料	×	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
 医師の 住所 氏名 (印)

(備考)すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。
 (添付書類についての注意)
 ① 歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書をつけてください。
 ② 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認められ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、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「実費に
 ついての領収証書」をつけてください。
 ④ 海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」及び「領収明細書」をつけてください。
 なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、「翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。」
 東京都金属プレス工業健康保険組合