

健康保険 被保険者・家族

療養費支給申請書

被保険者証 の記号番号	記号			事業所名称					
	番号								
被保険者 住所	□□□ - □□□□			被保険者 氏名					
	(電話 - -)			生年月日	昭・平	年	月 日		
申請が被扶養者に 関する時はその方の	氏名			生年月日	昭・平・令	年	月 日	被保険者 との続柄	
傷病名				発病または 負傷の年月日	平成・令和 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)				
発病又は負傷 の原因(詳しく)									
傷病の経過									
診療を受けた 医療機関の	名称				診療した 医師の氏名				
	所在地								
診療の内容									
診療の期間	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	日間	診療に要した 費用の額	円				
療養の給付を 受けなかった 理由									
委任状 (被保険者と 異なる名義口 座に振り込む とき)	私は下記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。 1.令和 年 月 日請求した療養費の受領に関する事。 令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名 代理人 住所 氏名								
公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 。利用しない場合は下記の欄を記入。下記に記入があった場合は下記優先)								
振込の銀行名	銀行 信用金庫			支店	令和 年 月 日提出 受 付				
口座番号	普通・当座								
フリガナ									
名義人氏名									

領 収 (診 療) 明 細 書 (入院分・通院分)

(注) 1 投薬、注射等においては、薬名、濃度、使用量、処置においては、種類、傷の大きさ等について詳細に記入してください。
2 すでに申請の対象となる費用について領収書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。

患者名		傷病名	
初診	時間外 点	在宅	往診 点
	休日 回		夜間 回
再診	深夜 回	在宅	深夜・緊急 回
	時間内 回		在宅患者訪問診療 回
	時間外 回		その他 回
	休日 回		薬剤 回
注射	深夜 回	検査	薬剤 回
	皮下筋肉内 回		薬剤 回
	静脈内 回		薬剤 回
	その他 回		薬剤 回
投薬	内服 点	処置及び手術	処置 回
	薬剤調剤 × 単位回		回 回
	頓服 点		回 回
	薬剤調剤 × 単位回		回 回
	外用 点		回 回
処方 点	回 回		
麻毒 点	回 回		
調基 点	回 回		
入院	入院基本料・加算 点	その他	処方箋 回
	× 日間		回 回
	× 日間	合計 点	円 円
院	食事の有・無 円×回	合計 点	円 円
備考	診療期間 年 月 日 ~ 年 月 日 診療実日数 日		
<p>上記のとおり領収(診療)いたしました。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>医療機関の所在地 医療機関の名称 医療機関の電話番号 医師の氏名</p>			

(添付書類についての注意)

※ 次の場合には、うえの「領収(診療)明細書」は必要ありません。

療養の種類	添付書類
1 歯科診療に関する申請のとき。	別に発行された領収(診療)明細書
2 生血液輸血に関する申請のとき。	「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」 「血液代金の領収書(原本)」
3 コルセット・ギブス等(装具)に関する申請のとき。	「装着が治療のため必要と認めた医療担当者の証明書(原本)」 「実費についての領収書(原本)」 ※入院中にコルセットを装着した場合は、医療担当者の証明書にその旨記入してもらってください。
4 やむをえず自費で診療を受け、そのレセプトの写しと実費についての領収書の原本の添付がある場合。	「レセプトの写し」 「実費についての領収書(原本)」