

## 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	〇〇〇〇	事業所名称	(医)〇〇病院			
	番号	△△△△					
被保険者 住所	〇〇〇 - 〇〇〇〇〇		被保険者 氏名	健保太郎			
	さいたま市〇〇区〇〇町〇-〇-〇 (電話 048 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇)		生年月日	昭平 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
申請が被扶養者に 関する時はその方の	氏名	健保一郎	生年月日	昭平・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	被保険者 との続柄	子	
傷病名	感冒		発病または 負傷の年月日	平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (負傷の場合は 時頃)			
発病又は 負傷の原因	発熱・咳						
傷病の経過	良好						
診療を受けた 医療機関の	名称	△△内科医院		診療した 医師の氏名	〇〇 〇〇		
	所在地	浦安市舞浜〇〇〇〇					
診療の内容	診療及び咽喉処置・投薬						
診療の期間	自 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇日間	診療に要した 費用の額	8,000 円			
療養の給付を 受けなかった 理由	旅行中、保険証が手元になかったため						
委任状	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こと。 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	〇〇 銀行 △△ 支店	信用金庫		令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日提出 受付			
口座番号	普通・当座	〇	〇	〇	〇	〇	〇
フリガナ	ケンボ タロウ						
名義人氏名	健保太郎						

被保険者証の記号-番号	—	被保険者氏名	
-------------	---	--------	--

## 領 収 ( 診 療 ) 明 細 書 (入院分・通院分)

患者名			傷病名		
初診	時間外 深夜	円	注 射	皮下筋肉内 静脈内	回 回 回
再診	時間内 時間外 深夜	回 回 回	検 査		
往診	普通・難路 夜間・暴風雨雪 同一家屋	回 回 回	レント ゲン	透視 造影剤	回 回 回
指導			処 置 及 び 手 術		回 回 回 回 回
投薬	内服 { 1剤 2剤 材料 麻酔 薬剤	回 回 回		材 料 麻 酔 剤	回 回 回
入院	1月未満	日間( 日～ 日)	そ の 他		
	1月～3月未満	日間( 日～ 日)			
	3月以上	日間( 日～ 日)	合 計		
備考	給食の有・無				

(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。

上記のとおり領収(診療)いたしました。

令和 年 月 日

住 所

医師の

氏 名

(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 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」
3 コルセット・ギプス等に関する申請のとき。	「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」 「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)」