

どちらかに○をつけてください

# 健康保険

被保険者  
被扶養者

# 療養費支給申請書

被保険者が記入するところ (この欄の訂正は被保険者の直筆で訂正)	被保険者証 記号 - 番号	記号 — 番号		事業所名称	勤務先の名称をご記入ください		
	被保険者の 氏名と生年月日	フリガナ 被保険者の氏名をご記入ください		生年月日	昭和 平成 令和 ○○年○○月○○日		
	家族療養費の 申請の場合は 療養を受けた 被扶養者氏名	氏 名		生 年 月 日	被保険者との続柄		
	被保険者の 住 所	フリガナ 療養を受けた方が被扶養者の場合、 被扶養者の氏名をご記入ください		昭和 平成 令和 ○○年○○月○○日	○○		
	被保険者の住所と連絡先をご記入ください		TEL		-		
	被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)						
	傷 病 名	○○○○○○○○		発病又は負傷の年月日	○○年 ○○月 ○○日		
	発病又は負傷の原因および傷病の経過	発症又は負傷された原因を必ずご記入ください		負傷(ケガ)は第三者の行為によるものですか 1. はい (別途「第三者行為届」を提出して下さい) ← 2. いいえ			
	診療を受けた医療機関等	名称	病院名をご記入ください		医師の氏名	○○ ○○	
		所在地	病院の所在地をご記入ください				
診療の期間(支給期間)	○○年○○月○○日から	○日間	入院の有無	入院期間			
	○○年○○月○○日まで		1. なし	年 月 日 日か			
	○○年○○月○○日	コルセット装着	2. あり	入院された場合は、入院期間をご記入ください			
ア. 治療用装具の装着	装具の場合は領収日をご記入ください		できなかった理由				
イ. 他制度で受診(国保)	いずれかに○をつけてください		(例) 新しい保険証が手元になく、以前加入していた国保を提示して受診したため				
ウ. 自費で受診(国内)							

どちらかに○をつけてください

どちらかに○をつけてください

入院された場合は、入院期間をご記入ください

装具の場合は領収日をご記入ください

いずれかに○をつけてください

※被保険者名義のもの(受領委任する場合は代理人名義のもの)を記入してください。

療養費を受け取る金融機関						
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"/> 、利用しない場合や被保険者名義以外の口座を利用する場合は下記の欄に記入してください)					
	<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用される場合は <input checked="" type="checkbox"/> を、利用しない場合や被保険者名義以外の口座を利用する場合は、口座情報をご記入ください					(支)店 出張所 営業部 普通・当座 数字3桁)を記入)
口座番号			口座名義			

※療養費の受け取りを代理人に委任する場合のみ記入してください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日		代理人氏名
	被保険者氏名(自署)		被保険者との関係
	代理人の住所・電話番号		TEL

### 《注意事項》

- 治療用装具に関する申請のときは、「医師の意見書」「装着証明書」「領収書」を添付してください。  
なお、靴型装具を申請されるときは、「購入された装具の写真」も併せて添付してください。
- 小児弱視の治療用眼鏡等に関する申請のときは、「医師の作成指示書」「検査結果」「領収書」を添付してください。
- 海外における療養費の申請は、「診療内容明細書」「領収明細書」「同意書」「渡航先のわかるパスポートの写し」を添付してください。なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。
- やむを得ず、保険診療を受けられず自費支払いをした時は理由を必ず記載し、「裏面」の領収(診療)明細書を書いて貰うか、保険医にて診療報酬明細書を作成して貰ってください。
- 記載内容を訂正する場合は、訂正印や修正テープ等は使用せず、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をご記入ください。

## 領 収 ( 診 療 ) 明 細 書

患者氏名 (生年月日)	傷 病 名	診 療 期 間	診療実日数
( 昭和・平成・令和 年 月 日 )		年 月 日から 年 月 日まで	日

診 療 の 内 訳			単 価	金 額	薬名・用量等の明細		
診 察 料	初診	時間外・休日・深夜	回				
	再 診	再 診	×	回			
		外来管理加算	×	回			
		時間外	×	回			
		休 日	×	回			
		深 夜	×	回			
	医学管理						
	在 宅	往 診		回			
		夜 間		回			
		深夜・救急		回			
在宅患者訪問診療 その他 薬 剤			回				
投 薬	外 来 分	内服薬剤	×	単位			
		内服調剤		回			
		外用薬剤	×	単位			
		外用調剤	×	回			
入 院 分	内 服 調 剤	処方毒基	×	回			
		外用調剤		回			
注射	皮下筋肉内		回				
	静 脈 内		回				
	そ の 他		回				
処置	薬 剤		回				
手麻酔	薬 剤		回				
検病	薬 剤		回				
画診	薬 剤		回				
その他	処方せん 薬 剤		回				
入 院 料	入院期間		年 月 日から 年 月 日まで				
	病 診	入院基本料・加算		×	日間		
				×	日間		
				×	日間		
		特定入院料・その他					
<b>療養に要した費用の合計</b>				<b>円</b>			
食 事 ・ 生 活	基準	円×	回	食事療養費	円	標準負担額	
	特別	円×	回				
	食堂	円×	日				
	環境	円×	日				
						円	

別添で診療報酬明細書（未開封のもの）の提出がある場合はこちらの証明は必要ありません

上記のとおり領収しました。

年 月 日

医療機関の所在地  
医療機関の名称  
医師の氏名  
電話番号