

共同印刷(株)の被保険者以外の方は、記入してください。

A3横で出力してください。

|      |     |    |        |    |               |      |    |    |    |    |    |
|------|-----|----|--------|----|---------------|------|----|----|----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 会計 | 極      | 者  | 被扶養者<br>若帳照合印 |      |    |    |    |    |    |
| 支給額  | 拾万  | 万  | 千      | 百  | 拾             | 円    |    |    |    |    |    |
| 支給内訳 | 法定  | 款  | 項      | 目  | 拾万            | 万    | 千  | 百  | 拾  | 円  |    |
| 資格喪失 | 年   | 月  | 日      | 療  | 始             | 年    | 月  | 日  |    |    |    |
| 資格喪失 | 年   | 月  | 日      | 養  | 終             | 年    | 月  | 日  |    |    |    |
| 種目   | 請求  | 査定 | 種目     | 請求 | 査定            | 種目   | 請求 | 査定 | 種目 | 請求 | 査定 |
| 初診   | 円   | 円  | 注射     | 円  | 円             |      |    |    |    |    |    |
| 再診   |     |    | 検査     |    |               |      |    |    |    |    |    |
| 往診   |     |    | 処置及び手術 |    |               | 合計   |    |    |    |    |    |
| 投薬   |     |    |        |    |               | 一部負担 |    |    |    |    |    |

### 被保険者 療養費支給申請書 (第 回)

|                   |                    |             |                        |                    |                 |         |
|-------------------|--------------------|-------------|------------------------|--------------------|-----------------|---------|
| 健康保険              | 被保険者証の記号・番号        | ④ 生年月日      | ⑤ 被扶養者番号               | ⑥ 給付記録番号           | ⑦ 受取代理人         | ⑧ 受付年月日 |
| ①                 |                    | 1 明大昭平      |                        |                    | ※ 0: 無し<br>1: 有 |         |
| ⑨ 被保険者の(申請者)氏名と印  | (フリガナ) キョウドウ タロウ   | ⑦ 名称        | 株式会社                   |                    |                 |         |
| ⑩ 郵便番号            |                    | ⑧ 所在地       | 県市町                    |                    |                 |         |
| ⑪ 住所              | (フリガナ) ケン シ マチ     | (電話番号)      |                        |                    |                 |         |
| ⑫ 傷病コード           |                    | ⑬ カナ        |                        | ⑭ 発病又は負傷年月日(療養開始日) | 04 01           |         |
| ⑮ 発病又は負傷の原因及びその経過 | 運動時に以前から腰部の痛みがあった。 |             |                        | ⑯ 第三者行為によるものですか。   | 0: いいえ 1: はい    |         |
| ⑰ 診療を受けた病院等       | ⑱ 名称               | ⑲ 所在地       | 整形外科 ××県××市××町         |                    |                 |         |
| ⑳ 診療期間(支給期間)      | 自 04 01            | ⑳ 入院・入院外の日数 | 2                      | ㉑ 入院の場合左記の入院期間     | 自平成 年 月 日 日間    |         |
| ㉒ 診療内容            | 診察・投薬・レントゲン        |             | ㉓ 療養の給付を受けることができなかった理由 | 補装具製作所が保険契約なきため    |                 |         |

|        |          |              |          |                         |           |
|--------|----------|--------------|----------|-------------------------|-----------|
| 療養費の別  | 1. 立替払い等 | ⑳ 療養の原因(コード) | ㉑ 手術回数   | 回                       |           |
|        | 2. 治療用装具 | ㉒ 治療用装具(コード) | ㉓ 支給種別   | 1 初回支給<br>2 補修<br>3 再支給 |           |
|        | 3. 生血    | ㉔ 輸血回数       | 回        |                         |           |
| ㉕ 支給回数 | ㉖ 支給算出額  | ㉗ 調整減額コード    | ㉘ 調査先コード | ㉙ 海外表示                  | ㉚ 特別支給コード |
| 回      | 円        |              |          | 0. 国内<br>1. 海外          | (備考)      |

平成 年 月 日 提出

|             |     |               |          |
|-------------|-----|---------------|----------|
| 事業所<br>担当者印 | 領収書 | 金 円也領収いたしました。 | 平成 年 月 日 |
|             |     | 健康保険組合理事長殿    | 氏名       |

|           |   |        |                                 |           |          |
|-----------|---|--------|---------------------------------|-----------|----------|
| ⑳ 支払区分    | ※ 1: 振込<br>2: 銀行送金<br>3: 郵便局送金<br>4: 当地 | ㉑ 預金種別 | 1: 普通<br>2: 当座<br>3: 通知<br>4: 別 | ㉒ 口座名義    | 銀行 金庫 農協 |
| ㉓ 金融機関コード |   | ㉔ 口座番号 | 1 2 3 4 5 6 7                   |           | 本店 支店    |
|           |   |        |                                 | キョウドウ タロウ | 郵便局      |

|          |                               |                       |
|----------|-------------------------------|-----------------------|
| 受取代理人の欄  | ⑦ 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。 | 平成 年 月 日              |
| 代理人の氏名と印 | 事業主が記入・証明                     |                       |
| 代理人の住所   | 被保険者(申請者) 住所 県市町<br>氏名 共同太郎   |                       |
| 代理人の住所   | (フリガナ) カブシキガイシャ<br>株式会社       | 委任者と代理人との関係<br>事業主    |
| ⑳ 郵便番号   |                               | (フリガナ) ケン シ マチ<br>県市町 |
| ㉓ 住所コード  |                               |                       |

共同印刷(株)の被保険者は給与に合算支給のため、記入してください。

|         |                                      |       |                            |
|---------|--------------------------------------|-------|----------------------------|
| 患者名     | 傷病名                                  | 入院外   | 入院                         |
| 初診      | 時間外・休日・深夜                            | 初診    | 時間外・休日・深夜                  |
| 再診      | 再診<br>外来管理加算<br>時間外<br>休日<br>深夜      | 投薬    | 内服<br>外用<br>調剤<br>調剤<br>調剤 |
| 指導      | 往診<br>夜間<br>深夜・緊急<br>在宅患者訪問診療<br>その他 | 注射    | 皮下筋肉内<br>静脈内<br>その他        |
| 在宅      | 薬剤                                   | 処置    | 薬剤                         |
| 投薬      | 内服<br>外用<br>調剤                       | 検査    | 薬剤                         |
| 注射      | 皮下筋肉内<br>静脈内<br>その他                  | 画像断   | 薬剤                         |
| 処置      | 薬剤                                   | 手麻酔・酔 | 薬剤                         |
| 検査      | 薬剤                                   | 検査    | 薬剤                         |
| 画像断     | 薬剤                                   | 画診    | 薬剤                         |
| その他     | 処方せん<br>薬剤                           | その他   | 薬剤                         |
| 合計      | 円                                    | 合計    | 円                          |
| 医師の住所氏名 |                                      |       |                            |

(備考) すでに申請の対象となる費用については、領収書の字句を消し、「診療証明書」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・ギプス・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「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、「領収内容明細書」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。