

決 算 日 A 3 横で出力してください。 常務理事 事務長 会計 极 者 被扶養者 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
支給内訳	法定	款	項	目	拾万	万	千	百	拾	円
支給内訳	附加	款	項	目	拾万	万	千	百	拾	円
支給内訳	初診	円	注射	円	円	円	円	円	円	円
支給内訳	再診	円	検査	円	円	円	円	円	円	円
支給内訳	往診	円	処置及び手術	円	円	円	円	円	円	円
支給内訳	投薬	円	合計	円	円	円	円	円	円	円

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回) 療養費支給申請書 (第 回目)

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 1:有	※ 年 月 日
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	①所在地	県 市 町
⑩ 被保険者の(申請者)住所	⑩郵便番号	(フリガナ) ケン シ マチ	(電話番号)	⑪住所コード	県 市 町
療養が被扶養者に関するときは、その者の	⑫氏名	⑬ 生年月日	⑭ 被保険者との続柄	⑮ 傷病名	⑯ 発病又は負傷年月日(療養開始日)
⑫傷病コード	共同 花江	年 月 日 生	長女	小児弱視	不詳
⑬カ ナ	不詳	⑰ 発病又は負傷の原因及びその経過	0:いいえ 1:はい	⑱ 第三者行為によるものですか。	
⑰ 診療を受けた病院等	⑲ 名称	眼科医院	⑲ 診療した医師氏名		
⑰ 診療を受けた病院等	⑲ 所在地	××県××市××町			
⑰ 診療の期間(支給期間)	⑰ 自 年 月 日	⑰ 至 年 月 日	⑰ 入院・入院外の日数	⑰ 入院の場合左記の入院期間	⑰ 診療に要した費用の額
			0:入院外 1:入院	自平成 年 月 日 日間	25,000 円
⑰ 診療内容	⑲ 療養の原因(コード)	⑲ 療養の理由	⑲ 手術回数	⑲ 施術回数	回
	1.立替払い等				
⑰ 療養費の別	⑲ 治療用装具(コード)	⑲ 支給種別	1 初回支給	⑲ 装着年月日	年 月 日
	2.治療用装具		2 補修		
	3.生 血	⑲ 輸 血 回 数	3 再支給		
⑲ 支給回数	⑲ 支給算出額	⑲ 調整減額コード	⑲ 調査先コード	⑲ 海外表示	⑲ 特別支給コード(備考)
回	円			0.国 内外	
				1.海 外	
平成 年 月 日 提出					

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。 ◎「※」印欄は記入しないでください。

領 収 書	金	円也領収いたしました。	平成 年 月 日
事業所担当者印		健康保険組合理事長殿	氏名

共同印刷(株)の被保険者以外の方は、記入してください。

支払金融機関の欄	⑲ 支払区分	⑳ 預金種別	㉑ 口座名義	㉒ 本店支店
	1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	キョウドウ タロウ	銀行 金庫 農協
⑳ 金融機関コード				
㉓ 口座番号		1 2 3 4 5 6 7		郵便局

受取代理人の欄

⑳ 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

事業主が記入・証明

被保険者(申請者) 住所 県 市 町 氏名 共同 太郎

⑳ 代理人の氏名と印 (フリガナ) カブシキガイシャ 株式会社 委任者と代理人との関係 事業主

㉑ 郵便番号 (フリガナ) ケン シ マチ 県 市 町

㉒ 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	初診
時間外・休日・深夜	時間外・休日・深夜
再診	投薬
再外来管理加算	内屯外調剤調
時間外	服薬
休日	服用
深夜	調剤
夜	毒基
指導	注射
往診	皮下筋肉内
夜間	静脈内
深夜・緊急	その他
在宅患者訪問診療	処置
その他	薬 剤
薬 剤	手麻酔・酔
投薬	検査
内服	画診
調剤	像断
外用	その他
薬 剤	薬 剤
処方	入院年月日
麻毒	年 月 日
調基	病 診 衣
	入院料
	入院時医学管理料
	特定入院料・その他
	基準
	食事
	合計
	円

医師の 住所 氏名

上記のとおり領収(診療)いたしました。 平成 年 月 日

(備考) 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、「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。