

決裁日付印	同 年 月 日	令 和 年 月 日	常務理事	事務長	会 計	扱 者	被扶養者台帳照合印
	支 払 日	令 和 年 月 日					
	支 給 額	拾 万 万 千 百 拾 円					
支給内訳	法定	拾 万 万 千 百 拾 円	資 得	年 月 日	療 始	年 月 日	
	附加		格 喪	年 月 日	養 終	年 月 日	
※ 支文 私給 決 議 書	種 目	請 求	査 定	種 目	請 求	査 定	
	初 診	円	円	注 射	円	円	円
	再 診			検 査			
	往 診			処置及び手術			合 計
	投 薬						一 部 負 担

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回 目)

◎「※」印欄は記入しないでください。

① 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
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	1:男 3:大 0:男 7:平			0:無 1:有	
⑨ 被保険者の(申請者)氏名	キョウドウ タロウ 共同 太郎	⑦ 名 称	〇〇〇株式会社		
⑩ 被保険者の(申請者)住所	△△ケン△△シ△△マチ △△県△△市△△町△-△-△	⑧ 所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇		
⑪ 療養が被扶養者に関するときは、その者の氏名	共同 花子	⑨ 生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日生 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日生 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日生	⑩ 被保険者との続柄	妻
⑫ 傷病コード		⑪ 傷病名	咽頭炎		
⑬ カ ナ		⑫ 発病又は負傷の原因及びその経過	旅行先で急に発熱した。		
⑭ 診療を受けた病院等	⑬ 名 称 〇〇病院	⑬ 所在地	××県××市××町×-×-×		
⑮ 診療の期間(支給期間)	自 〇〇 年 月 日 至 〇〇 年 月 日	⑯ 入院・入院外の別	⑰ 入院の場合左記の入院期間	⑱ 診療に要した費用の額	
	〇 入院外 1:入院	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	2,500 円	
⑲ 診療の内容	診察及び投薬	⑲ 療養の給付を受けることができなかった理由	旅行先で保険証を持っていなかったため。		

※ の 別	1. 立替払い等	療養の原因(コード)	⑲ 施術回数	回	
	2. 治療用器具	治療用器具(コード)	支給種別	1 初回支給 2 補修 3 再支給	
	3. 生 血	輸 血 回 数		回	
⑳ 支給回数	㉑ 支給算出額	㉒ 調整減額	㉓ 調 査 先 手	㉔ 海外表示	㉕ 特別支給(備考)
回	円			0. 国内 1. 海外	

令和 年 月 日提出

領 収 書	金 円也領収いたしました。
	令和 年 月 日
	健康保険組合理事長殿
	氏名

※ 受付日付印

支払金融機関の欄	㉒ 支払区分	※ 1:振 込	㉔ 預金種別	1:普通	通座	㉖	〇〇	銀行	〇〇	本店
	㉓ 金融機関コード			2:当	座		金庫			支店
	㉕ 口座番号			3:通	知		農協			
			4:別	段		口座名義	共同 太郎			
						フリガナ	キョウドウ タロウ			

受取代理人の欄	㉚ 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。											
	令和〇〇年〇〇月〇〇日 △△県△△市△△町△-△-△											
	被保険者 住所 (申請者) 氏名		共同 太郎									
	㉛ 代理人の氏名	(フリガナ) 〇〇〇〇カブシキガイシャ	㉜ 委任者と代理人との関係									
		〇〇〇〇株式会社		事業主								
代理人の住所	㉞ 郵便番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇	(フリガナ) 〇〇ケン〇〇シ〇〇マチ									
	㉟ 住所コード	※	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇									

### 領収(診療)明細書

患者名		入院		傷病名		入院	
初診	時間外・休日・深夜	初診	時間外・休日・深夜	初診	時間外・休日・深夜	初診	時間外・休日・深夜
再診	再診 ×	内服 回	服薬 単位	内服 回	服薬 単位	内服 回	服薬 単位
外来管理加算	×	注射 回	外用 単位	注射 回	外用 単位	注射 回	外用 単位
時間外	×	調剤 回	調剤 単位	調剤 回	調剤 単位	調剤 回	調剤 単位
休日	×	投薬 回	投薬 単位	投薬 回	投薬 単位	投薬 回	投薬 単位
深夜	×	検査 回	検査 単位	検査 回	検査 単位	検査 回	検査 単位
指導		画像診断 回	画像診断 単位	画像診断 回	画像診断 単位	画像診断 回	画像診断 単位
在宅	往診 回	入院 回	入院 単位	入院 回	入院 単位	入院 回	入院 単位
	夜間 回	処置 回	処置 単位	処置 回	処置 単位	処置 回	処置 単位
	深夜・緊急 回	手術 回	手術 単位	手術 回	手術 単位	手術 回	手術 単位
在宅患者訪問診療	回	検査 回	検査 単位	検査 回	検査 単位	検査 回	検査 単位
その他		検査 回	検査 単位	検査 回	検査 単位	検査 回	検査 単位
投薬	内服 { 薬剤 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位
	調剤 ×	入院	入院 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位
	外用 { 薬剤 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位
処方	×	入院	入院 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位
麻毒	×	入院	入院 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位
調基	回	入院	入院 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位
注射	皮下筋肉内 回	入院	入院 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位
	静脈内 回	入院	入院 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位
	その他 回	入院	入院 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位
処置	薬剤 回	入院	入院 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位
	薬剤 回	入院	入院 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位
	手術 回	入院	入院 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位
検査	薬剤 回	入院	入院 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位
	薬剤 回	入院	入院 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位
	手術 回	入院	入院 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位
画像診断	薬剤 回	入院	入院 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位
	薬剤 回	入院	入院 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位
	手術 回	入院	入院 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位
その他	処方せん ×	入院	入院 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位
	薬剤 回	入院	入院 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位
	薬剤 回	入院	入院 単位	入院	入院 単位	入院	入院 単位
合計		合計		合計		合計	

上記のとおり領収(診療)いたしました。

令和 年 月 日

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領収証明を発行しているときは、「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) ①歯科診療に②輸血に③輸血の④輸血の⑤輸血の⑥輸血の⑦輸血の⑧輸血の⑨輸血の⑩輸血の⑪輸血の⑫輸血の⑬輸血の⑭輸血の⑮輸血の⑯輸血の⑰輸血の⑱輸血の⑲輸血の⑳輸血の㉑輸血の㉒輸血の㉓輸血の㉔輸血の㉕輸血の㉖輸血の㉗輸血の㉘輸血の㉙輸血の㉚輸血の㉛輸血の㉜輸血の㉝輸血の㉞輸血の㉟輸血の㊱輸血の㊲輸血の㊳輸血の㊴輸血の㊵輸血の㊶輸血の㊷輸血の㊸輸血の㊹輸血の㊺輸血の㊻輸血の㊼輸血の㊽輸血の㊾輸血の㊿輸血の

(4)海外に証明書等が記載されている場合は、領収内容の翻訳書及び「領収明細書」を添付してください。