



同年月日	年 月 日	常務理事	事務長	会 計	扱 者	被扶養者 台帳照合印
支給年月日	年 月 日					
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 得	年 月 日	療 始	年 月 日
付加			格 喪	年 月 日	養 終	年 月 日
種 目	請 求	査 定	種 目	請 求	査 定	種 目
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

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)

◎記入の方法は3枚目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。

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
②	1: 明大昭平 3: 昭平	*	*	*0: 無 1: 有	* 年 月 日
⑨ 被保険者の(申請者)氏名	(フリガナ)	⑦ 名 称	⑧ 所在地		
⑩ 被保険者の(申請者)住所	⑩ 郵便番号	(フリガナ)	(電話番号)		
⑪ 住所コード	*	⑫ 生 年 月 日	⑬ 被保険者との続柄		
療養が被扶養者に関するときは、その者の	⑭ 氏名	大昭和生命	年 月 日生		
⑮ 傷病コード	*	⑯ 傷病名	⑰ 発病又は負傷年月日(療養開始日)		
⑱ カ ナ	*		年 月 日		
⑲ 発病又は負傷の原因及びその経過				⑳ 第三者行為によるものですか。 0: いいえ 1: はい	
診療を受けた病院等	㉑ 名 称	㉒ 所在地	㉓ 診療した医師氏名		
⑳ 療 養 期 間 (支給期間)	自 年 月 日	⑳ 日 数	㉔ 入院・入院外の別	㉕ 入院の場合左記の入院期間	㉖ 診療に要した費用の額
	至 年 月 日	日	0: 入院外 1: 入院	自 年 月 日 日間	円
㉗ 診 療 内 容	㉘ 療養の給付を受けることができなかった理由				

療養費の別	1. 立替払い等	⑳ 療養の原因(コード)	㉙ 手術回数	回	
	2. 治療用装具	㉚ 治療用装具(コード)	㉛ 支給種別	1 初回支給 2 補修 3 再支給	
	3. 生 血	㉜ 輸 血 回 数	㉝ 年 月 日	年 月 日	
㉞ 支給回数	㉟ 支 給 算 出 額	㊱ 調 整 減 額 コード	㊲ 調 査 先 コード	㊳ 海外表示	㊴ 特 別 支 給 コード (備考)
回	円			0. 国 内 1. 海 外	

年 月 日 提 出

事業所 担当者印	領 収 書	金 円也領収いたしました。 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	⑲ 支払区分	1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払	⑳ 預金種別	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	㉑ 銀行 金庫 農協	本店
	㉒ 金融機関コード					口座名義
	㉓ 口座番号					

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。

年 月 日

被保険者 住所
(申請者) 氏名

㉑ 代理人の氏名 (フリガナ) ㉒ 委任者と代理人との関係

代理人の住所 ㉓ 郵便番号 (フリガナ) ㉔ 住所コード ※

領収（診療）明細書

患者名		傷病名	
入院外			
初診	時間外・休日・深夜	初診	時間外・休日・深夜
再診	再診 × 回 外来管理加算 × 回 時間外 × 回 休日 × 回 深夜 × 回	投薬	内服 × 単位 外用 × 単位 調剤 × 単位 麻毒調基 × 回
指導		注射	皮下筋肉内 × 回 静脈内 × 回 その他 × 回
在宅	往診 × 回 夜間 × 回 深夜・緊急 × 回 在宅患者訪問診療 × 回 その他 × 回	処置	薬剤 × 回 手術・酔 × 回
投薬	内服 { 薬剤 × 単位 調剤 × 回 } 外用 { 薬剤 × 単位 調剤 × 回 } 処方麻毒調基 × 回	検査	薬剤 × 回 画診 × 回 画像断 × 回 その他 × 回
注射	皮下筋肉内 × 回 静脈内 × 回 その他 × 回	入院	入院年月日 年 月 日 病診衣 入院 × 日間 入院時医学管理料 × 日間 特定入院料・その他 × 日間
処置	薬剤 × 回	食	基準 × 日間
手術・酔	薬剤 × 回	事	円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間
検査	薬剤 × 回	合計	円
画診	薬剤 × 回		
画像断	薬剤 × 回		
その他	処方せん × 回 薬剤 × 回		
合計		合計	円

(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・ギブス・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。

上記のとおり領収（診療）いたしました。
年 月 日

医師の住所
氏名

〔記入上の注意〕

1. 標題の「被保険者」・「家族」の文字は、いずれか該当する方をマルで囲んで下さい。
2. 標題の「被保険者」の文字をマルで囲んだときは、㊦・㊧・㊨欄に「該当せず」と記入して下さい。
3. 診療を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当を受けた場合は、㊩㊪㊫㊬㊭㊮㊯の欄は、そのように読み替えて記入して下さい。
4. ㊰㊱㊲㊳の欄は、該当する番号をマルで囲んで下さい。
5. 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に第三者行為による傷病届をこの書類に添付して下さい。
6. 給付金の受領方を他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入し、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入して下さい。