



同年月日	年 月 日	常務理事	事務長	会 計	抜 者	被扶養者 台帳照合印
支払年月日	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
支 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	

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
1357	4 0 0 4 0 1	*	*	0:無 1:有	※ 年 月 日
⑨ 被保険者の(申請者)氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	⑦ 名称	□□株式会社		
		⑧ 所在地	東京都〇〇区△△...		
⑩ 被保険者の(申請者)住所	⑩ 郵便番号 1 8 0 0 0 0 4	(フリガナ) トウキョウトシンジュククニシンジュク	(電話番号)		
	⑪ 住所コード	東京都新宿区西新宿〇-〇-〇	xx (xxx)xxxx		
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	年 月 日生	⑭ 被保険者との続柄	
⑫ 傷病コード	※	⑮ 傷病名	腰部打撲及び 右足首捻挫		⑯ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)
⑫ カ ナ	※				1 6 0 3 0 1
⑰ 発病又は負傷の原因及びその経過	自転車に乗っていて、バランスを崩して転倒した。 同日、〇〇クリニックで受診。その後1週間通院しコルセット装着。			⑱ 第三者行為によるものですか。 ◎:いいえ 1:はい	
診療を受けた病院等	⑲ 名称	〇〇クリニック	⑲ 診療した医師氏名	医院太郎	
	⑲ 所在地	東京都武蔵野市〇〇...			
⑲ 療 養 期 間 (支給期間)	自 1 6 0 3 0 1 日 数	⑲ 入院・入院外の別	⑲ 入院の場合左記の入院期間	⑲ 診療に要した費用の額	
	至 1 6 0 3 0 7 日 数	0:入院外 ①:入院	自 年 月 日 日間	35,000 円	
⑲ 療 養 内 容	右足首捻挫を固定し、 腰部はレントゲン撮影を受けた		⑲ 療養の給付を受けることができなかった理由	コルセットに保険適用がないため	

療 養 費 の 別	1. 立替払い等	⑲ 療養の原因(コード)	⑲ 施術回数	回
	2. 治療用装具	⑲ 治療用装具(コード)	⑲ 支給種別	1 初回支給 2 補修 3 再支給
	3. 生 血	⑲ 輸 血 回 数		回
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
回	円			0. 国内 1. 海外
			⑲ 特 別 支 給 コード	(備考)

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 東京都○○市△△……  
(申請者) 氏名 健保 太郎

㉑ 代理人の氏名 (フリガナ) ヤマダ サブロー 山田 三郎 ㉒ 委任者と代理人との関係 受領代理人

代理人の住所 ㉓ 郵便番号 ×××××××× (フリガナ) トウキョウトシンジュククニシジシユク ㉔ 住所コード ※ 東京都新宿区西新宿〇-〇-〇

### 領収(診療)明細書

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 × 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 単位 調基 単位
指導		注射	皮下筋肉内 回 静脈内 回 その他 回
在宅	往診 回 深夜・緊急 回 在宅患者訪問診療 回 その他 回 薬剤 回	処置	薬 回 剤 回
投薬	内服 { 薬剤 単位 調剤 × 回 } 外用 { 薬剤 単位 調剤 × 回 } 処方 回 麻毒 回 調基 回	手術・酔	薬 回 剤 回
注射	皮下筋肉内 回 静脈内 回 その他 回	検査	薬 回 剤 回
処置	薬 回 剤 回	画像診断	薬 回 剤 回
手術・酔	薬 回 剤 回	その他	薬 回 剤 回
検査	薬 回 剤 回	入院	入院年月日 年 月 日 病 診 衣 入院 × 日間 × 日間 × 日間 入院時医学管理料 × 日間 × 日間
画像診断	薬 回 剤 回	食事	特定入院料・その他 円 × 日間 基準 円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間
その他	処方せん × 回 薬剤 回	合計	円
合計	円	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。

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