

No. _____

同 年 月 日	令 和 年 月 日	常務理事	事 務 長	担 当	担 当
支 払 年 月 日	令 和 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
			格 喪	年 月 日	養 終 年 月 日
支 払 給 決 議 書	種 目	請 求 査 定	種 目	請 求 査 定	種 目
	初 診	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

8 2 健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)

被保険者証の記号一番号	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
	昭 和 平 成 令 和 年 月 日	※	※	※0:無 1:有	※ 年 月 日
⑨被保険者の(申請者)氏名と印	(フリガナ)	事業所の⑩所在地	⑪名称	⑫所在地	
⑬被保険者の(申請者)住所	⑭郵便番号	(フリガナ)	(電話番号)		
	⑮住所コード				
療養が被扶養者に関するときは、その者の	⑯氏名	⑰生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和 年 月 日	⑱被保険者との続柄	
⑲傷病コード	※	⑳傷病名	㉑発病又は負傷年月日(療養開始日)		
㉒カ ナ	※		㉓第三者行為によるものですか。 0:いいえ 1:はい		
㉔発病又は負傷の原因及びその経過		㉕診察を受けた病院等	㉖診察した医師氏名		
		㉗名称	㉘所在地		
㉙診察の期間(支給期間)	自 年 月 日 至 年 月 日	㉚日数	㉛入院・入院外の別 0:入院外 1:入院	㉜入院の場合左記の入院期間 自 令 和 年 月 日 至 令 和 年 月 日 日間	㉝診察に要した費用の額 円
㉞診察の内容		㉟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)	㉑施術回数	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 2. 補修 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 0. 国 内 1. 海 外	㉚特別支給コード (備考)

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	※ 受付日付印
			健康保険組合理事長殿		
			氏名		

支 払 金 融 機 関 関 連 の 欄	⑳支払区分	※ 1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払	㉑預金種別	1:普通 2:当座 3:通知 4:別	㉒口座名義	銀行 金庫 農協 本店 支店
	㉓金融機関コード	※				
	㉔口座番号	※				郵便局
受 取 代 理 人 の 欄	㉕ 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 年 月 日					
	被保険者 住 所 (申請者) 氏 名					
㉖代理人の氏名と印	(フリガナ)				㉗ 委任者と代理人との関係	
	㉘					
代理人の住所	㉙郵便番号	※	(フリガナ)			
	㉚住所コード	※				

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 時 間 外 休 日 深 夜	投 薬
	× 回	内 服 調 剤 単 位 回
	× 回	外 服 調 剤 単 位 回
	× 回	注 射 皮 下 筋 肉 内 静 脈 内 他
	× 回	処 置 薬 剤
指 導		手 術 ・ 酔
在 宅	往 診 夜 間 深 夜 ・ 緊 急 在 宅 患 者 訪 問 診 療 そ の 他 薬 剤	検 査
	回 回 回 回	薬 剤 単 位 回
投 薬	内 服 調 剤 単 位 回 外 服 調 剤 単 位 回 処 方 麻 毒 調 基	画 診 像 断
	× 回 回 回	薬 剤 単 位 回
注 射	皮 下 筋 肉 内 静 脈 内 他	入 院
	回 回 回	入 院 年 月 日 年 月 日
処 置	薬 剤	病 診 衣
	回 回	× 日間 × 日間 × 日間
手 術 ・ 酔	薬 剤	医 学 入 院 管 理 時 料
	回 回	× 日間 × 日間 × 日間
検 査	薬 剤	特 定 入 院 科 ・ そ の 他
	回 回	
画 診 像 断	薬 剤	食 基 準
	回 回	
そ の 他	処 方 せ ん 薬 剤	事
	× 回 回	
合 計	円	合 計
		円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間
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		㉛

(備考) すでに申請の対象となる費用については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。

(1) 輸血に関する申請書は、「輸血を必要とする」と記載されている場合は、「輸血を必要とする」と記載してください。

(2) 歯科診療に関する申請書は、「歯科診療」と記載してください。

(3) コルセット・ギブス・義肢の領収証は、「コルセット・ギブス・義肢」と記載してください。

(4) 海外に於ける療養費の申請書の記載は、外国語で記載された場合は、「領収明細書」を添付してください。

◎「※」印欄は記入しないでください。