

# 健康保険 被保険者 療養費支給申請書

(第 〇〇 回目)

記入上の注意

イ、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、⑪⑫⑬⑭⑮、はそのように読み替えて下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号と番号	記号	②被保険者氏名 と連絡先	TEL _____ <span style="font-size: small;">(自宅・会社・携帯)</span>		
	③事業所の名称			④事業所の所在地		
	⑤申請が被扶養者に関するときはその者の	氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日	被保険者 との続柄
	⑥申請理由  療養の給付を受けることができなかった理由を選んで□にチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 医師の指示により、治療用装具を作成・購入したため。 <span style="font-size: x-small;">※装具の装着が必要である旨を示した「医師の意見書」と「装具の領収書」原本を添付</span> <span style="font-size: x-small;">※9歳未満の弱視斜視等の治療用眼鏡の申請には「指示書」と「眼鏡の領収書」原本を添付</span> <input type="checkbox"/> 健康保険の手続き中で、医療機関に保険証を提示できなかったため。 <span style="font-size: x-small;">※医療機関で記入してもらった「診療報酬明細書」と「領収書」原本を添付</span> <input type="checkbox"/> 当組合資格取得後または認定後に、前保険者の保険証を使用したため。 <span style="font-size: x-small;">※前保険者から送付された「診療報酬明細書」と前保険者に支払った「領収書」の原本</span> <input type="checkbox"/> その他 詳細記入→【 _____ 】				
	⑦傷病名			⑧発病又は負傷の年月日	年 月 日	(負傷の場合は 時頃)
	⑨発病又は負傷の原因	※負傷の原因がケガ(外傷)による場合、別途「負傷原因の回答」にご記入いただき添付して下さい				
	⑩傷病の経過					
	⑪診療を受けた病医院の	名称			所在地	
	⑫診療に従事した医師の	氏名				
	⑬診療の内容					
	⑭診療の期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	⑮診療に要した費用の額	金 _____ 円也	
			(装具購入の場合は、装着同意書の日付を記入)		(装具購入の場合は、装具の金額を記入)	
	⑯第三者の行為によって負傷したものであるか否か	ある ・ ない	⑰第三者の行為によって負傷したとき	その事実の届出の有無	ある・ない	
				第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)		
上記のとおり申請いたします 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 被保険者の住所 _____ 〒 _____ 氏名 _____ (印)						
被保険者本人が自書した場合は捺印不要						
振 込 み 口 座	療養費を受取る金融機関					
	銀行名	銀行・信託銀行 信金・農協・信組	支店名： 店番号：	支店・本店 出張所	普通 当座	
口座	(カキ) 名義					
委 任 状	療養費の受取りを事業所に委任する場合					
本請求に基づく給付金に関する受領を _____ (印) 殿に委任します。						
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 被保険者氏名			(印)			

※ 【 受付印 】

# 領収(請求)明細書

( 月 日から 月 日までの分)

氏名			本人	男	大昭平	年生	職務上外の例			上・外		
			家族	女								
傷病名	(1)	診療開始日	(1)	年	月	日						
	(2)		(2)	年	月	日						
	(3)		(3)	年	月	日						
診察料	初診	円	回									
	再診 往診	円	回 回									
投薬料	内服 外用 麻薬・毒薬加算	円	回 回 回									
	注射料	円	回 回 回									
処置料		円	回 回 回									
手術・料		円	回 回									
検査・料	トゲ 検査・レ	円	回 回 回									
その他		円										
入院料	病室	基食 看特2	入院年月日	年	月	日						
			入院料(室料・看護料・給食料)	日								
	普食 看特1	食有	×	日間								
		食無	×	日間								
	診療所	基寝・衣 看1	特食	×	日間							
			医食	×	日間							
	看2	外室料・看護料	×	日間								
		泊室料	×	日間								
	看3	入院時医学管理料	×	日間								
		2週間以内	×	日間								
	2週間超1月以内	×	日間									
	1月超3月以内	×	日間									
	3月超~	×	日間									
							医療機関の種別		甲・乙			
① 合計							円	② 公費負担額		精神	円	
								結核	円			

(添付書類についての注意)

次の各場合には、右の領収明細書は必要ありません。(一、二、三、六、の場合)

- 一、歯科診療に関する申請のときは、「別の診療報酬明細書(歯科)」をつけて下さい。
- 二、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」をつけて下さい。
- 三、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」をつけて下さい。
- 四、領収(請求)明細書の記載は診療報酬明細書に準じて記載して下さい。
- 五、領収(請求)明細書にかえて診療報酬明細書を使用しても差し支えありません。
- 六、保険薬局は、領収(請求)明細書にかえて調剤報酬明細書を使用して下さい。
- 七、入院の場合の部屋代の差額等は記載しないで下さい。
- 八、すでに申請の対象となる費用について領収証書を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入して下さい。

上記明細書のとおり (①-②)  
平成 年 月 日  
医療機関の所在地  
名称  
開設者氏名

円を領収しました。  
請求します。



常務理事	事務長	業務課長	課長代行	業務係長	係

## 負傷原因の回答

(事業所名)

健康保険証の	記号 番号		被保険者の氏名		(印)
負傷者の氏名				被保険者との続柄	
連絡先	(自宅・会社・携帯・その他)				

負傷の原因について記入してください。(該当する□にチェック☑してください)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	<p>〔負傷日時・場所等〕</p> <p>1. いつケガ(負傷)しましたか。 平成 年 月 日 ( 曜日 ) □ 午前・□ 午後 時 分頃</p> <p>2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。 □ 出勤日・□ 休日(定休日・休暇含む) □ その他 ( )</p> <p>3. ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか。 □ 勤務時間中・□ 通勤途中(□出勤・□退勤) □ 出張中・□ 私用・□ その他 ( )</p> <p>4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。 □ 会社内・□ 道路上・□ 自宅 □ その他 ( )</p> <p>5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。 □ 交通事故・□ 暴力(ケンカ) □ スポーツ中(□職場の行事・□職場の行事外) □ 動物による負傷(飼い主 □有・□無) □ あてはまらない</p> <p>6. 「上記 5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。</p> <p>相手 □ 有 → { □ あなたは被害者 □ あなたは加害者 ↓ 加害者へ医療費の請求をしますか? □する □しない</p> <p>□ 無</p> <p>□ 不明</p> <p>※相手のいる負傷の場合は、「第三者行為による傷病届」が必要となります。当組合にご連絡をください。</p>	<p>〔受診した医療機関〕</p> <p>7. 診療を受けた医療機関名とその期間等</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>平成 年 月 ~ 平成 年 月 □ 治癒 ・ □ 治療中</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>平成 年 月 ~ 平成 年 月 □ 治癒 ・ □ 治療中</p> <p>8. 負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。</p>
--	---	---

受 付 日 付 印