

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族

立替払・治療用器具

被保険者情報	被保険者証	記号	番号
	氏名	(フリガナ)	生年月日 昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 ー 都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先) ()
	事業所名称	提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)		口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者(申請者)	本申請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 氏名
		代理人(口座名義人)	住所 氏名 被保険者との関係()

申請内容	受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ	
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日	続柄()	
	傷病名		発病又は負傷年月日 (療養開始日)	年 月 日	
	発病又は負傷の原因及びその経過 (けがの場合は、どこでどのように負傷されたか)	原因			
		経過			
	診療を受けた病院等	名称			
		所在地	診療した医師の氏名		
	診療期間(支給期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	(日数 日)		
	上記期間に入院していた場合はその期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	(日数 日)		
	療養に要した費用	円	診療の内容		
療養の給付を受けることができなかった理由					

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

診療明細書

患者氏名		傷病名	1) 2) 3)	診療期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (診療実日数 日)
------	--	-----	----------------	------	---------------------------------------

入院外

初診	時間外・休日・深夜	回	
再診	再診	×	回
	外来管理加算	×	回
	時間外	×	回
	休日	×	回
	深夜	×	回
指導			
在宅	往診		回
	夜間		回
	深夜・緊急		回
	在宅患者訪問療養		回
	その他		
投薬	薬剤		回
	内服薬剤		単位
	調剤	×	回
	屯服薬剤		単位
	外用薬剤		単位
	調剤	×	回
	処方	×	回
注射	麻毒		回
	調基		
	皮下筋肉内		回
注射	静脈内		回
	その他		回
	処置		回
処置	薬剤		回
	手術麻酔		回
手術麻酔	薬剤		回
	検査		回
検査	薬剤		回
	画像診断		回
画像診断	薬剤		回
	その他	処方箋	回
薬剤			回
合計			円

入院

初診	時間外・休日・深夜	回		
投薬	内服		単位	
	屯服		単位	
	外用		単位	
	調剤		日	
	麻毒		日	
	調基			
注射	皮下筋肉内		回	
	静脈内		回	
	その他		回	
処置	薬剤		回	
	手術麻酔		回	
手術麻酔	薬剤		回	
	検査		回	
検査	薬剤		回	
	画像診断		回	
画像診断	薬剤		回	
	その他	薬剤	回	
入院	入院年月日		年 月 日	
	病・診・衣	入院基本料・加算		× 日間
				× 日間
				× 日間
				× 日間
				× 日間
	特定入院料・その他			
食事	基準			
		円 ×	日間	
		円 ×	日間	
		円 ×	日間	
合計			円	

上記のとおり診療いたしました。	令和 年 月 日
所在地	
名称	
医師の氏名	
電話番号	