健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書

立替払・治療用装具

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号　　番号		
	氏　名	（フリガナ）	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
	住　所	〒　　－　　都・道 府・県		
			電話番号 （日中の連絡先）	（　　）
	事業所名称		提出委任	□ 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✔）	□ 被保険者　□ 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（被保険者等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	

関東百貨店 健康保険組合

（令6.12）

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		
	薬 剤		回
投薬	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
	麻 毒		回
	調 基		
注射	皮下筋肉内		回
	静脈内		回
	その他		回
処置			回
	薬 剤		回
手術麻酔			回
	薬 剤		回
検査			回
	薬 剤		回
画像診断			回
	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			回
	薬 剤		回
手術麻酔			回
	薬 剤		回
検査			回
	薬 剤		回
画像診断			回
	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
	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

関東百貨店 健康保険組合