

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

(第 回目)

【ご確認】

◎立替・・・診療報酬明細書(レセプト)と領収書(原本)を添付してください。
 ◎ケガが原因の場合負傷原因内容を詳しく記入してください、また他人の行為による場合は「第三者行為による傷病届」が必要となります。

①被保険者証の記号・番号	記号	番号	②事業所名称			
③傷病名			④発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)		
⑤発病又は負傷の原因						
⑥傷病の経過						
⑦診療を受けた病医院の	名称			所在地		
⑧診療に従事した医師の	氏名			住所		
⑨診療の期間	自平成 年 月 日	至平成 年 月 日	日間	⑩診療に要した費用の額	円	
⑪療養の給付を受ける事ができなかった理由						
⑫第三者の行為によって負傷したものであるか否か	ある	第三者の行為によって負傷	その事実の届出の有無		ある・ない	
	ない		第三者の氏名と住所			
⑬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

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

〒 -

住所

被保険者の 氏名

印

TEL

()

○ 受付日付印 ○

支払希望銀行等(該当する番号を○でかこみ必要事項を記入してください)

1. 請求者名義の次の口座に振込んでください。 2. 委任状 この給付金の受領を次の者に委任します。	金融機関名	銀行・信金 信組・農協	支店名	支店
				コード
請求者氏名 (被保険者) 印	預金種別口座番号	普通 当座	NO.	
受領代理人	住所	口座名義 (カタカナで記入)	個人	
氏名 印			法人	
受領代理人名義の次の口座に振込んでください。				

診療報酬明細書

(年 月分)

※すでに診療報酬明細書の交付を受けている方、装具作成による療養費支給申請は、この用紙は必要としません。

氏名		男 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日
傷病名	(1)	診療開始日	(1) 年 月 日	診療実日数	転 帰
	(2)		(2) 年 月 日		
	(3)		(3) 年 月 日		
初診		回 点			
再診	再 診	×	回		
	外来管理加算	×	回		
	時間外	×	回		
	休 日	×	回		
	深 夜	×	回		
管医学					
在宅	往 診		回		
	夜 間		回		
	深夜・緊急		回		
	在宅訪問診療		回		
	その他 薬剤				
投薬	内服薬剤		単	入院年月日	年 月 日
	内服調剤	×	回		
	屯服薬剤		単		
	外用薬剤		単		
	外用調剤	×	回		
	処 方	×	回		
	麻 毒		回		
	調 基				
注射	皮下筋肉内		回	入院	入院基本料・加算 点
	静脈内		回		
	その他		回		
処置	処置		回	特定入院・その他	× 日間
	薬剤		回		
手術	手術・麻酔		回	食事・生活	基準 円 × 回
	薬 剤		回		
検査	検査・病理		回	特別	円 × 回
	薬 剤		回		
画像	画像・診断		回	食事	円 × 日
	薬 剤		回		
その他	処方せん		回	環境	円 × 日
	その他				
	薬 剤				
				合計	点
				(うち公費負担額 点)	
上記の通り診療いたしました					
平成 年 月 日					
〒 -					
医療機関の所在地					

医療機関の名称					

医療機関の電話番号					

医師の氏名					
(印)					