

療養費支給申請書

記入方法については裏面の注意事項をご覧ください。

① 被保険者証の 記号と番号	記号	② 事業所の名称		
	番号			
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 の名称及び所在地			〒	
⑧ 診療に従事した医師 の氏名及び住所			〒	
⑨ 診療の内容				
⑩ 診療の期間	自平成 年 月 日	日間	⑪ 診療に要した 費用の額	金 円
⑫ 療養の給付を受け ることができ なかつた理由 (詳細に)	(1) 治療用装具は保険診療とならないため (2) その他 []			
⑬ 傷病名が負傷の 場合はその状況 (詳細に)			⑭ 第三者が関係 しているか否か	有・無
⑮ 申請者が被扶養 者に関するときは その者の	(ア) 氏名	(イ) 生年月日	昭・平 年 月 日生(満 歳)	続柄
上記のとおり請求いたします。平成 年 月 日				
住所 〒				
被保険者の 氏名 ※ Ⓜ				
昭・平 年 月 日生(歳)				
出版健康保険組合 殿 電話 ()				

※本人氏名を自署した場合は押印不要です。(委任状欄は除く)

委 任 状	私は	を代理人と定め、平成 年 月 日に
	請求した療養費(家族療養費)の受領方を委任します。	平成 年 月 日
	住所 〒	Ⓜ
	本人 氏名	Ⓜ
	住所 〒	Ⓜ
	受領 代理人 氏名	Ⓜ

平成 年 月 日提出
受付日付印

⑱ 領収(診療)明細書

患者氏名			傷病名					
11 初診	時間外・休日・深夜	回	点	摘要				
12 再診	再時間 休 外来管理 深夜	× × × ×	回 回 回 回					
13 医学管理								
14 在宅	往診 深夜・緊急 在宅患者訪問 その他		回 回 回					
20 投薬	内服 外用 調剤 麻酔			単位 単位 単位 単位				
30 注射	皮下 静脈 その他		回 回 回					
40 処置	薬 剤		回					
50 手術	薬 剤		回					
60 検査	薬 剤		回					
70 画像診断	薬 剤		回					
80 その他	処方せん 薬 剤		回					
入 院	入院年月日	年 月 日	点	食 事	基準	円×	回	
	病診衣	入院料				円×	回	
			×	日間	円×	回		
		入院時医学管理料	×	日間				
	特定入院料・その他	×	日間					
<u>領収金額</u>			平成 年 月 日					
円			〒	保険医療機関の 住所及び名称				
上記のとおり領収(診療)いたしました。			保険医氏名				Ⓜ	

◎「診療内容明細書」と「領収証書」を添付できない場合には「領収(診療)明細書」に医療機関で記入・捺印してもらってください。

下欄は、会社を退職して資格を喪失した方のみご記入ください。

⑳ 金融機関	銀行名	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	口座番号	
	預金種別	普通・当座		フリガナ	
				名義人	

社会保険労務士 の提出代行者印		Ⓜ
--------------------	--	---

●被保険者の注意事項

1. ①欄は健康保険の被保険者証に書いてあります。
2. 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てを受けた場合は、⑦⑧⑨⑩⑪の欄は、そのように読みかえてください。
3. ⑰欄は被保険者の署名捺印を、⑱欄には、事業所の受領代理人の署名捺印を必ずしてください。
4. ⑳欄は退職後の請求である場合に振込先（銀行名、支店名、預金種目、口座番号、口座名義人）を記入してください。（委任状欄を記入する必要はありません。）
5. 医療機関及び月毎に療養費支給申請書が必要になります。

●添付書類についての注意

次の各場合には⑲の領収明細書の記入は必要ありません。

1. 歯科診療に関する申請のときは、歯科の「診療明細書」と「領収書」を添付してください。
2. 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた担当医師の証明書」及び「血液代金の領収証書」を添付してください。
3. 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た担当医師の証明書」及び「実費についての領収証書（明細含む）」を添付してください。

●医師の注意事項

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ください。