

被保険者
家 族

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 3514 番号 50	② 事業所の名称	株式会社 OX 書房	
③ 傷病名	感冒・急性胃炎	④ 発病・負傷 の年月日	平成29年4月8日 (負傷の場合は 時頃)	
⑤ 発病・負傷 の原因 (負傷の場合は詳細に)	急に胃が痛くなり、また熱があり咳が出た。			
⑥ 傷病の経過	薬を服用し、数日後に治癒する			
⑦ 診療を受けた医療 機関名及び所在地	△X病院		〒OXΔ-XXXX 長野市若里X-X-X	
⑧ 診療に従事した 医師の氏名	長野 太郎			
⑨ 診療の内容	投薬および咽喉処置			
⑩ 診療の期間	自平成 29 年 4 月 8 日	⑪ 診療に要した 費用の額	金 8,800 円	
	至平成 年 月 日 / 日間			
⑫ 療養の給付を受 けることができ なかった理由 (2)その他の場合は詳細に)	(1) 治療用装具は保険診療とならないため (2) その他 (保険証を持たずに出張したところ、急病となり緊急せむをえず受診)			
⑬ 第三者が関係して いるか否か	はい いいえ		○	
⑭ 被扶養者に関する ときはその者の	(7) 氏名 該当せず	(1) 生年月日	昭・平 年 月 日生(満 才)	続柄
上記のとおり請求いたします。		平成 29 年 4 月 18 日		
住所		〒OXΔ-XXXX 文京区千石 X-X-X		
被保険者の 氏名		健保 太郎		
		昭・平 45 年 8 月 10 日生(46 才)		
出版健康保険組合 殿		電話 03 (3920)XXXX		

※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)

私は 千代田 太郎 を代理人と定め、平成 29 年 4 月 18 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 29 年 4 月 18 日

〒OXΔ-XXXX

住所 文京区千石 X-X-X

被保険者
(申請者) 氏名 健保 太郎

〒OXΔ-XXXX

住所 千代田区飯田橋 X-X-X

受領
代理人 氏名 株式会社 OX書房 千代田 太郎

平成 年 月 日提出
受付日付印



⑩ 領収（診療）明細書

患者氏名 **ケンポ タロウ** 傷病名 **感冒・急性胃炎**

11	初診 時間外・休日・ 深夜	回	7.500 点	
12	再診 時間外 ×	回		
	再診 休日 ×	回		
	再診 外来管理加算 ×	回		
	再診 深夜 ×	回		
13	医学管理			
14	往診 時間外 ×	回		
	在診 深夜・緊急 ×	回		
	在宅患者訪問診療 ×	回		
	宅その他			
20	投薬 薬剤服用 薬剤調剤	3 単位	510	
	投薬 外用調剤	1 単位	90	
	投薬 麻酔			
	投薬 毒基			
30	皮下筋肉内注射	回		
	静脈内その他	回		
40	処置 薬剤	回		
50	手術 薬剤	回		
60	検査 薬剤	1 回	280	
70	画像診断 薬剤	回		
80	その他 処方せん 薬剤	1 回	420	
入院年月日 年 月 日				
入院	病診衣	入院料	点	
	×	日間		
	×	日間		
	×	日間		
	入院時医学管理料			
	×	日間		
×	日間			
×	日間			
特定入院料・その他				

摘 要

ソルミンカプセル 17×3
(500)4c

尿一般 28×1

食事	基準	円 ×	回				
		円 ×	回				
		円 ×	回				
合計							

領収金額 8,800 円 平成 29 年 4 月 8 日

〒0XA-XXXX 長野市若里 X-X-X
△X病院
長野太郎

保険医療機関の住所及び名称 長野太郎

上記のとおり領収(診療)いたしました。 保険医氏名

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。

⑩ 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 ⑩

◎「診療報酬明細書(レセプト)」と「領収証書(原本)」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。