

健康保険

被保険者  
家 族

療養費支給申請書

資格取得	平成 令和	年	月	日	通番
資格喪失	平成 令和	年	月	日	

被保険者等 記号・番号	記号	番号				事業所名称	株式会社					
							支店 営業所	部 課				
被保険者氏名	フリガナ					被保険者生年月日	昭和・平成	年	月	日		
						電話番号	-	-				
被保険者住所	フリガナ											
	〒 -											
受診者氏名	フリガナ					受診者生年月日	昭和・平成・ 令和	年	月	日		
						被保険者との続柄						
傷病名						発病又は負傷年月日（療養開始日）	令和	年	月	日		
						第三者行為によるものですか	はい	・	いいえ			
発病又は負傷の原因及び経過												
診療を受けた医療機関												
名称					所在地					医師名		
診療の期間				入院期間				診療に要した費用の額				
令和	年	月	日	から	日数	令和	年	月	日	から	日数	円
令和	年	月	日	まで	日	令和	年	月	日	まで	日	
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							
公金受取口座	<input type="checkbox"/>				マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入。)							
振込希望口座												
金融機関コード	銀行コード				支店コード				フリガナ	口座名義人		
金融機関名称	銀行 信組				本店 出張所							
	金庫 その他				支店 その他							
種別	普通・当座	口座番号										

※被保険者以外の口座を希望する場合は、委任状を記入してください。受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

《委任状》 本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。

令和 年 月 日 被保険者 住所

氏名

代理人 住所

氏名

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、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。)

備考欄

受付印

医師が証明する欄

## 領収(診療)明細書

患者名			男・女	昭和・平成・令和	年	月	日生	
傷病名	(1)		診療開始日	(1)	年	月	日	
	(2)			(2)	年	月	日	
	(3)			(3)	年	月	日	
初診	時間外・休日・深夜	回	診療期間	令和	年	月	日から	
再診	再診	× 回		年	月	日まで		
	外来管理加算	× 回		(診療実日数)		日		
	時間外	× 回						
	休日	× 回						
	深夜	× 回						
医学管理								
在宅	往診	回						
	夜間	回						
	深夜・緊急	回						
	在宅患者訪問	回						
	診療その他	回						
	薬剤	回						
投薬	内服薬剤	単位						
	内服調剤	× 回						
	外用薬剤	単位						
	外用調剤	× 回						
	処方	× 回						
	麻毒基	回						
注射	皮下筋肉内	回						
	静脈内	回						
	その他	回						
処置		回						
	薬剤	回						
手術		回						
麻酔	薬剤	回						
検査		回						
	薬剤	回						
画像診断		回						
	薬剤	回						
その他	処方せん	回						
	薬剤	回						
入院	入院年月日	年 月	食事	円	×	日		
		入院基本料・加算		円	×	日		
		× 日間	円	×	日			
		× 日間						
	× 日間							
	特定入院料・その他		合計		円			
上記のとおり領収(診療)いたしました。								
令和 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								

※診療報酬明細書がない場合は、医師にこちらの用紙を記入してもらってください。