

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	

被保険者証	記号	番号				事業所名称	株式会社					
							支店	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）	平成 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				
平成 令和	年	月	日	から	日数	平成 令和	年	月	日	から	日数	円
平成 令和	年	月	日	まで	日	平成 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						
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	
金融機関名称	銀行 信組 金庫 その他				本店 出張所 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。

《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

## 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			診療期間	平成・令和				
再診	再診	×	回		年 月 日から 年 月 日まで (診療実日数) 日				
	外来管理加算	×	回						
	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					
	診療の他			回					
	薬剤			回					
投薬	内服薬	剤		単位					
	内服調剤	×	回	単位					
	外用薬	剤		単位					
	外用調剤	×	回	単位					
	処方	方	×	回					
	麻毒基	調		回					
注射	皮下筋肉内			回					
	静脈内			回					
	その他			回					
処置				回					
	薬			回					
手術				回					
麻酔	薬			回					
検査				回					
	薬			回					
画像診断				回					
	薬			回					
その他	処方せん			回					
	薬			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。