

社保委員
等の検印

届書コード
3 0 0
処理区分
届書

処理区分
1. 立替払い等
2. 治療用装具
3. あんま・マッサージ
4. はり・きゅう
5. 生 血

健康保険被保険者療養費支給申請書

(入院)
(入院外)

(第 回)

○ 記入にあたっては裏面の記入上の注意をよく読んでください。

被保険者証の記号・番号			(4)生年月日			(5)被扶養者番号	(6)給付記録番号	(7)受取代理人	(8)受付年月日				
(1) *	(2) 0 0 0	(3) 0 0 0 0 0	1: 明 3: 大 5: 昭 7: 平	年	月	日	*	*	*	0: 無 1: 有	*		
(9)被保険者(申請者)氏名と印		(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎		事業所の		(ア)名称	〇〇〇〇株式会社		電話番号 (000) 000-0000				
(10)被保険者(申請者)住所		(10)郵便番号	0 0 0 0 0 0 0		(11)住所コード	(フリガナ) 〇〇ケン〇〇シ〇〇マチ	(イ)所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1		電話番号 (000) 111-1111			
(11)療養が被扶養者に関するときは、その者の		(ウ)氏名			(エ)生年月日	年	月	日生	(オ)被保険者との続柄				
傷病名		貧血		(12)傷病コード			(13)カナ			(14)発病又は負傷年月日(療養開始日)	年	月	日
(カ)発病又は負傷の原因及びその経過		最寄駅で電車を待っているとき、めまいがして倒れた					(15)第三者行為によるものですか ①: いいえ 1: はい						
診療等を受けた病(医)院の		(キ)名称	〇〇〇〇総合病院		(ク)診療に従事した医師の	氏名	〇〇 〇〇		(16)診療に要した費用の額				
		(ケ)所在地	〇〇県〇〇市〇〇町2		住所		〇〇県〇〇市〇〇町2						
(16)診療の期間(支給期間)		自	年	月	日	(16)日数	(17)入院入院外の別	(コ)入院の場合左記の入院期間	(18)診療に要した費用の額				
		至	年	月	日	〇 〇	0: 入院外 1: 入院	自 平成 年 月 日 日間	〇〇〇〇 円				
診療の内容		点滴		療養の給付を受けることができなかった理由			意識がなく、健康保険証未提出						

※ 療養費の別	1. 立替払い等		2. 治療用装具		3. あんま・マッサージ師の施術		4. はり・きゅう師の施術		5. 生 血	
	(18)療養の原因(コード)			(18)治療用装具名(コード)			(18)施術区分又は施術種別(コード)			
	(19)施術回数	回		(19)支給種別	1: 初回支給 2: 補修 3: 再支給		(19)施術回数	回		(18)輸血回数
			(20)装着年月日	年	月	日	(20)医師の同意期間	自	年	月
(21)支給回数	(22)支給算出額	(23)調整減額コード	(24)調査先コード	(25)海外表示	(26)特別支給コード	(備考)				
回	円			0. 国内 1. 海外						

(27)支払区分	1: 普通預金 2: 銀行通金 3: 郵便局通金 4: 当座	(28)金融機関コード	(29)預金種別	1: 普通預金 2: 定期預金	銀行 郵便局	本店 支店
こちらの欄は記入不要です。						郵便局
(30)口座番号	名義人氏名					

受取代理人の欄	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。						年	月	日
	被保険者 住所 (申請者) 氏名						Ⓜ		
	(31)代理人の氏名と印	(フリガナ)					Ⓜ		
	(33)代理人の住所	(36)郵便番号	+		(フリガナ)	送信			
	(33)住所コード	※							
社 会 保 険 労 務 士 記 載 欄									
Ⓜ									

〇〇年〇〇月〇〇日提出
受付日付印

領 収 (診 療) 明 細 書 (入院分 通院分)

患者名		傷病名	
初診	時間外 深夜	注 射	皮下筋肉内 回 静脈内 回
再診	時間内 回 時間外 回 深夜 回		検 査
往診	普通・難路 回 夜間・暴風雨雪 回 同一家屋 回	レントゲン	透 視 回 造 影 剤 回
指導		処 置	回 回
投薬	内服 { 1 剤 2 剤 頓服 外用 調剤	及 び 手 術	材 料 回 麻 酔 回 薬 剤 回
入院	1月未満 日間 (日～ 日)	その他	
	1月～3月未満 日間 (日～ 日) 3月以上 日間 (日～ 日) 給食の有・無	合 計	
備考	<p>上記のとおり領収（診療）いたしました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医師の 住 所 氏 名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>		

(注) 1. 投薬、注射等においては、薬名、濃度、使用量、処置においては、種類、傷の大きさ等について詳細に記入してください。
2. 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。

(添付書類についての注意)

次の場合には、うえの領収明細書は必要ありません。

1. 歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書をつけてください。
2. 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」をつけてください。
3. コルセット、ギブス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られる医療担当者の証明書」及び「実費についての領収証書」をつけてください。
なお、入院中にコルセット等を装着した場合は、医療担当者の証明書にその旨記入してもらってください。
4. あんま、マッサージ師の施術、はり、きゅうの施術に関する申請のときは、「医師の意見（同意）書」と「領収書」を添付してください。

【記入上の注意】

※印の欄は、記入しないでください。

1. 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病原因届」をこの書類に添付してください。
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を受けた場合は、(キ)(ク)(ケ)(16)(17)(コ)(サ)の欄は、そのように読み替えて記入してください。
3. 海外で受けた診療に係る請求には、「診療内容明細書」及び「領収明細書」を添付してください。
4. 添付した証拠書類が外国語で記載されているときは、翻訳者の住所、氏名を明記した翻訳文を添付してください。
5. 現に海外にある被保険者が請求する場合は事業主を経由して提出してください。また国外への送金を行わないので、事業主等へ受領を委任してください。
6. 給付金の受領を家族、事業主等へ委任した場合は、「受取代理人の欄」へ記入押印し(30)欄には代理人の口座番号を記入してください。
7. 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して(9)欄の認印を押し、そのうえに正しい字句を記入してください。
8. 申請書は、入院、通院別に作成してください。
9. 被保険者が自ら署名する場合には、被保険者の押印は不要です。ただし、受取代理人がいる場合には、委任者及び受取代理人の押印が必要です。
10. 被保険者以外の方の押印は、省略することができません。