

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

被扶養者

(立替払等・治療用装具・生血)

請求者が記入するところ	健康保険被保険者証の記号・番号		③ 被保険者の生年月日			備考							
	①	②	昭和 平成	年	月	日							
	④ 被保険者 (請求者) 氏名	(フリガナ)			(ア) 事業所名								
					(イ) 所在地								
	⑤ 被保険者 (請求者) 住所	郵便番号	(フリガナ)			電話 ()							
	家族療養費の支給申請であるときは被扶養者の	(ウ) 氏名	(エ) 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	(オ) 被保険者との続柄					
	(カ) 傷病名			⑥ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平成 令和	年	月	日					
	(キ) 発病又は負傷の原因	(ク) 負傷の発生場所	(ケ) 負傷の発生状況	午前 午後		時	分	⑦ 第三者行為によるものですか。 0: いいえ 1: はい (1の場合は別途負傷届を添付してください。)					
				私用・工作中・通勤途上									
診療病院等を受けた	(コ) 名称			⑧ 診療又は手当の期間 (支給期間)	年	月	日から	⑨ 入院 入院外の別	0: 入院外				
	(サ) 所在地				年	月	日まで		1: 入院				
	(シ) 医師の氏名			コルセットの装着年月日	年	月	日装着	(ス) 入院の場合左記の入院期間	年	月	日から	年	月
(セ) 診療又は手当に要した額	円	〔領収明細書を添付してください。〕		(ソ) 診療又は手当の内容									
(タ) 療養の給付を受けることができなかった理由	① 別紙「理由書」に詳しく記入して添付して下さい。 ② 傷病が外傷のときは別紙2「負傷原因届」を同時に添付して下さい。												
請求者が記入するところ	⑩ 振込を希望する銀行等の名称・預金口座番号を記入して下さい。(請求者又は代理人名義の口座)												
請求者が受取入代	(チ) 銀行名等及び店名	銀行	支店・本店		口座名義人	(フリガナ)							
		金庫・農協	出張所・本所										
		信用組合	普通・()	口座番号	NO.								
受取代理人の欄	⑪ 本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任いたします。 令和 年 月 日												
	被保険者(請求者) 氏名												
	代理人(口座名義人) (フリガナ)												
※代理人が署名してください		被保険者(請求者)との続柄		電話	()								

- ◎ 請求者が記入する(カ)~(ケ)⑥⑦欄の「負傷原因」はできるだけ詳しく、具体的に記入してください。
- ◎ 立替払の請求は、療養の給付が受けられなかった理由書・レセプト及び領収書(原本)添付してください。
- ◎ 装具(コルセット)の請求は、医師意見書・領収書(原本)及び明細書を添付してください。
- ◎ 診療等の費用に関する証明書類が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名・住所を記載したもの)を添付。

領収(診療)明細書

患者氏名		生年月	昭和 平成 令和	年	月生				
傷病名		診療期間	平・令	年 月 日から	診療実日数 日				
			平・令	年 月 日まで					
療養に要した費用の内訳									
診療の内容		単価	金額		薬名、用量等の明細				
診察料	初診・時間外・深夜								
	再診	時間内	回						
		時間外	回						
		深夜	回						
	往診	内科加算	回						
普通難路夜間 暴風雨雪・同一家屋		回							
投薬料	外来分	内服	調薬	回	剤	単位			
			処方	回	剤	単位			
	外用	頓服	調薬	回	剤	単位			
			処方	回	剤	単位			
	入院分	内服	調薬	回	剤	単位			
			処方	回	剤	単位			
外用	頓服	調薬	回	剤	単位				
		処方	回	剤	単位				
注射料	皮下筋肉内	回							
	静脈内	回							
	その他	回							
処置及び手術料		回							
		回							
		回							
		回							
		回							
レントゲン料		回							
		回							
		回							
		回							
その他									
入院料	入院期間	年 月 日から	日間				普通給食 有・無 備考		
		年 月 日まで	日間				入院日 年 月 日より		
	普食	日間(内特食	日間)				その他の加算内訳		
	食なし	日間							
	合計						看1類		
						看2類			
						看3類			

上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。

病院・診療所名称及び所在地

令和 年 月 日

所在地
名称

医師氏名
電話

()

療養給付を受けられなかった理由書

健康保険被保険者証を使用できなかった理由をくわしく記入してください。

上記の理由で健康保険による療養の給付を受けられなかったので
別紙のとおり療養費を請求します。

令和 年 月 日

住 所 :

被保険者氏名 :

負傷原因届

※相手がいる負傷の場合は、こちらの用紙ではなく「負傷届(様式2・3・4)、念書(様式5)、誓約書(様式6)」を添付してください。
(用紙は健保組合又は健保組合ホームページから取得できます。)

1	健康保険証の 記号・番号	記号 () ・ 番号 ()	
2	被保険者 氏名		
3	被保険者 住所・電話番号	〒 — TEL : ()	
4	負傷した方	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名)	
5	傷病名		
6	負傷日時	年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後 時頃	
7	負傷した時間帯 (状況)	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等有 <input type="checkbox"/> 寄り道等無	
8	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他 ()	
9	負傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 上記にあてはまらない	
10	上記において、相手はいますか。また、その場合、あなたは加害者ですか被害者ですか	相手: <input type="checkbox"/> 有 有る場合、 <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input type="checkbox"/> 無 ※相手がいる場合の負傷は「負傷届(様式2・3・4)、念書(様式5)、誓約書(様式6)」の届出が必要です。	
11	負傷した時の状況を具体的に記入してください。	どんな用事をしている時に	
		どうしていて	
		どういうふうになって	
		体のどこの箇所を	
		どのように負傷したか	
12	治療経過	年 月 日 現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止	
13	治療期間	年 月 日から 年 月 日まで	