

被保険者
被扶養者

療養費

支給申請書

① ※印の欄は記入しないで下さい。

② 請求した給付金について本人と違う口座に振込を希望する場合、受取代理人の欄にご記入下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	被保険者(請求者) の氏名と印				印
	被保険者 (申請者)の住所	番号	生年月日	年 月 日			
		番号	資格取得年月日	年 月 日			
	事業所の名称	〒		—	☎	()	
	事業所の所在地			事業所又は 問合せ先 電話番号	☎ ()		
	被扶養者の申請 に関するときは その者の	氏名	生年月日	年 月 日	続柄		
	傷病名			発病又は 負傷の年月日	年 月 日		
	発病又は負傷 の原因			傷病の経過			
	診療又は手当て を受けた病院の	名称	所在地				
	診療に従事した 医師の	氏名	入院・通院 の	入院・通院			
	診療又は 手当ての内容			第三者の行為に よって負傷した ものであるか否か	ある・ない		
	診療又は 手当ての期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間	診療または手当てに 要した費用の額	円	
	コルセット・ギプス・ 義肢等に関する 申請のときは	証明書(意見書) 年 月 日 装着日(領収日) 年 月 日 装具を作製したときは 入院中 通院中 (○で囲んで下さい。) 靴型装具の申請時は当該装具の写真を添付(患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)					
	療養の給付を 受けなかった理由 (詳しくご記入下さい)						

代理人の印は、**違う印**でお願いします。

↓ 必ず通帳(表面)のコピーを添付して下さい。

支 払 金 融 機 関 の 欄	銀行 本店							受 取 代 理 人 の 欄	本請求にもとづく給付金に関する受領を代理人 _____に委任します。 本人 住所 氏名 印 代理人 住所 氏名 印
	金庫 支店								
	種類	1. 普通	2. 貯蓄	3. 当座					
	口座番号								
フリガナ									
預金の 義人									

備考	扶養認定日
----	-------



領収書や明細書がある場合は不要です。

領収（診療）明細書

患者名		傷病名	
-----	--	-----	--

入院外		入院			
初診	時間外・休日・深夜	初診	時間外・休日・深夜		
再診	時間内	回	投薬	内服	
	時間外	回		屯服	
	休日・深夜	回		外用	
往診	普通・難路	回	注射	皮下筋肉内	回
	夜間・暴風雨雪 同、家屋	回		静脈内	回
		回			回
指導			処置及び手術	材料	回
投薬	内服			麻酔	回
	屯服			薬剤	回
	外用			回	
注射	皮下筋肉内	回	検査		
	静脈内	回			
		回			
検査			レントゲン	透視	回
				造影剤	回
					回
レントゲン			その他		
処置及び手術		回	入院	1 月 未 満	日間 (日～ 日)
		回		1 月～3 月未満	日間 (日～ 日)
		回		3 月 以 上	日間 (日～ 日)
その他		回	合計	給 食 の	有 ・ 無
		回			
		回			
合計					

上記のとおり領収（診療）いたしました。
 平成 年 月 日

住所
 医師の 氏名

㊞

(備考) すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療証明書」として所定の事項を記入して下さい。

(添付書類についての注意)

- (1) コルセット・ギブス・義肢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」をつけて下さい。靴型装具の申請は当該装具の写真を添付（患者が実際に装着する現物であることが確認出来るもの）
- (2) 海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」及び「診療明細書」・「領収書」をつけて下さい。なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。（処方された薬剤があれば、薬剤名・投与量・投与日数の記載及び領収書と訳も必要です）
- (3) 歯科診療に関する申請のときは、別の診療内容明細書と領収書をつけて下さい。
- (4) 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」をつけて下さい。
- (5) 領収証書等は原本を添付して下さい。