※ 支払決議書				決裁	常務理事	事務長	事務次長	担当	被扶養者台帳照合印
伺年月日	令和　年　月　日								
支払年月日	令和　年　月　日								
支給額	円								
支給内訳 法定	款　項　目	円		資格 得	年　月　日	療養 得	年　月　日		
付加				喪	年　月　日	喪	年　月　日		

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書（第　回目）

（立替払い、治療用装具、生血）

◎記入の方法は記入例がありますからよく読んでください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者が記入するところ

被保険者の記号・番号（左詰め）	㋐ 生年月日	被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日
	昭 平 令　年　月　日	※	※	※ 0:無 1:有	※　年　月　日

被保険者の（申請者）氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）（氏） ※押印不要の為、下記確認欄に☑が必要です。	（ﾌﾘｶﾞﾅ）（名）	事業所の 名称	
			所在地	
被保険者の（申請者）住所	郵便番号 -	（フリガナ）		
	電話番号	住所		
療養が被扶養者に関するときは、その者の	㋑ 氏名	㋒ 生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日生	㋓ 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）	年　月　日	
発病又は負傷の原因及びその経過			㋔第三者行為によるものですか 0：いいえ　1：はい	
診療を受けた病院等	㋕名称	㋖診療した医師氏名		
	㋗所在地			

㋘ 診療の期間（支給期間）	㋙日数	㋚入院・入院外の別	㋛入院の場合、左記の入院期間	㋜診療に要した費用の額
自　年　月　日 至　年　月　日	日	0：入院外 1：入院	自令和　年　月　日 至令和　年　月　日　日間	円

㋝ 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 ※該当に〇をして下さい。	1. 自費診療（理由： 2. 治療用装具作成 3. その他（

確認欄	
□	**この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。** **①申請者本人（被保険者）が作成したものである。** **②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。**

※						
診療費の別	1. 立替払い等	療養の原因（コード）		施術回数	回	
	2. 治療用装具	治療用装具（コード）		支給回数	1 初回支給 2 補修 3 再支給	装着年月日　年　月　日
	3. 生血	輸血回数	回			

支給回数	支給算出額	調整減額	調査先	海外表示	特別支給	（備考）
回	円			0：国内 1：海外		

令和　年　月　日提出

領収書

金　円也領収いたしました。

令和　年　月　日

健康保険組合理事長殿

氏名

事業所担当者名

受付印

受取金融機関					
支払区分	1:銀行振込　2:事業所経由 3:公金受取口座利用	預金種別	振込銀行	銀行	
口座番号		普通		本店・支店	
口座名義				出張所	

※原則、在職中の方は、「2.事業所経由」を選択してください。公金受取口座への支給については都度確認の必要があり、支給までに時間を要する場合があります。

◎受取代理人欄の記入方法は記入例をご確認ください。未記入の場合は返却し、再提出をお願いいたします。

受取代理人の欄（①②いずれか☑）				
☐ ①本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。		被保険者（申請者）	日付	年　月　日
事業主名称			氏名	
☐ ②本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和　年　月　日 被保険者（請求者）住所 氏名				
代理人の氏名	（フリガナ）	委任者と代理人との関係		
代理人の住所	郵便番号　－ （フリガナ） 電話　（　）			

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　円	初診	時間外・休　日・深　夜　円
再診	時間内　回 時間外　回 休日・深夜　回	投薬	内服 屯服 外用
往診	普通・難路　回 夜間・暴風雨雪　回 同、家屋　回	注射	皮下筋肉内　回 静脈内　回 回
指導		処置及び手術	回 回 材料　回 麻酔　回 薬剤　回
投薬	内服 屯服 外用 調剤	検査	
注射	皮下筋肉内　回 静脈内　回 回	レントゲン	回 透視　回 造影剤　回
検査		その他	
レントゲン	回 透視　回 造影剤　回	入院	1月未満　日間（　日～　日） 1月～3月未満　日間（　日～　日） 3月以上　日間（　日～　日） 給食の　有・無
処置及び手術	回 回 材料　回 麻酔　回 薬剤　回	合計	円
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

医師の　住所

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 歯科診療に関する申請のときは、別の領収証明をつけて下さい。

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」をつけて下さい。

③ コルセット・ギプス・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。

④ 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」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。