

健康保険（被保険者・家族）療養費支給申請書 【立替払等・治療用装具・輸血】

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	-		事業所の名称				
	被保険者の 氏名及び印				印	生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日	
	被保険者（請求 者）の住所・TEL	〒□□□□-□□□□			TEL	-		
	療 養 が 家族の場合	氏名			生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日		被保険者 との続柄
	傷 病 名				発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	平 年 月 日		
	発病又負傷の 原因及び経過						第三者行為に よる負傷か？	・は い ・いいえ
	診察を受け た病院・医院	名称			住 所		医師名	
	診 療 を 受 け た 期 間	自 年 月 日	至 年 月 日	受 診 日 数	日	入 院 し た 期 間	自 年 月 日	至 年 月 日
	保険証を提示して診療を 受診できなかった理由	海外で治療、治療用装具、輸血の場合は 記入不要。その他は必ず記入する事。						
	受 取 金 融 機 関	銀行		支店	普通預金 口座番号			
被 保 険 者 (請 求 者) の 口 座 名 義			フリガナ					
ゆうちょ銀行を指定の場合は必ず他の銀行から振込みできる支店名(数字3ケタ)と口座番号を記入のこと								
医 師 の 証 明 を う け る と こ ろ	領収（診療）明細書【 月 日～ 月 日】※領収証発行済の場合は領収の字句を消し、診療明細書として記入下さい							
	患者名			職務上の事由	職務上・通勤災害	傷病名		
	初 診	時間外 休 日 深 夜	円	注 射	皮下筋肉内 静 脈 内 そ の 他	回 回 回		
	再 診	再 診 時間外 休 日・深 夜	回 回 回	検 査	薬 剤	回 回 回		
	往 診	普 通 夜 間・暴風雨雪 深 夜・難 路・同、家 屋	回 回 回	レントゲン	透 視 造 影 剤	回 回 回		
	指 導			処 置 及 び 手 術	材 料 麻 酔 薬 剤	回 回 回 回		
	投 薬	内 服 頓 服 外 用 調 剤 調 基	単 位 単 位 単 位 単 位 回					
	入 院	1ヶ月未満 1ヶ月～3ヶ月未満 3ヶ月以上 給食の有無	日間（ 日～ 日） 日間（ 日～ 日） 日間 有 ・ 無	そ 他			回 円	
	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 氏 名 TEL - () - 印							
健 保 組 合 記 入	法定給付費				計算式	×		受付印
	高額療養費				備考			
	附加給付費				常務理事	事務長	会 計	給 付
	合計給付費	百万	十万	万	千	百	十	-