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	○○○株式会社
被保険者の氏名及び印	健康 一郎 印	生年月日	大・昭・平 44 年 8 月 1 日
被保険者（請求者）の住所・TEL	〒○○○-○○○○ 大阪市中央区○○○-○-○	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 ○○○クリニック / 住所 大阪市中央区○○○-○○-○○	医師名	○○ ○
		診療に要した費用	0,000 円
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	○○○○○○○
	郵便局	通帳記号	
		通帳番号	
	被保険者（請求者）の口座名義	フリガナ ケンコウ イチロウ / 健康 一郎	

医師の証明をうけるところ

領収（診療）明細書【 月 日～ 月 日分】※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 回 / 静脈内 回 / その他 回
再診	再診 回 / 時間外 回 / 休日・深夜 回	検査	回
		薬剤	回
往診	普通 回 / 夜間・暴風雨雪 回 / 深夜・難路・同、家屋 回	レントゲン	回
		透視	回
		造影剤	回
指導		処置及び手術	回
投薬	内服 単位 / 頓服 単位 / 外用 単位 / 調剤 単位 / 調基 回	材料	回
		麻酔	回
		薬剤	回
入院	1ヶ月未満 日間（ 日～ 日） / 1ヶ月～3ヶ月未満 日間（ 日～ 日） / 3ヶ月以上 日間 / 給食の有無 有・無	その他	回
		合計	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 印

氏名

TEL - ( ) -

健保組合記入

法定給付費								計算式 ×	受付印
高額療養費								備考	
付加給付費								常務理事 / 課長 / 会計 / 給付	支払印
合計給付費	百万	十万	万	千	百	十	一		