

届書コード	処理区分	届書	1. 立替払等 2. 治療用装具 5. 生 血
3 0 0			

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(第 回目)
家 族 (立替払等、治療用装具、生血)

被保険者証の記号・番号			④ 生 年 月 日	⑤被扶養者番 号	⑥ 給付記録番 号	⑦ 受 取 代理人	⑧ 受 付 年 月 日
①	②	③	1: 明大昭平	*	*	* 0: 無 1: 有	※ 年 月 日
⑨被保険者の(申請者)氏名と印 (フリガナ)			⑩ 事業所の ⑪ 所在地	⑦ 名 称	⑧ 受 付 年 月 日		
被保険者の(申請者)住 所			⑩ 郵便番号	(フリガナ)	(電話番号)		
⑪ 住所コード						()	
療養が被扶養者に関するときは、その方の			⑫ 氏名	⑬ 生年 月 日	⑭ 被保険者との続柄		
⑫ 傷病コード			⑮ 傷病名			⑯ 発病または負傷年月日 (療養開始日)	
⑬ カ ナ						年 月 日	
⑰ 発病(負傷の場合は裏面⑯を記入してください)の原因およびその経過						⑱ 第三者行為によるものですか 0: いいえ 1: はい 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください	
診 療 受 け た 病 院 等			⑲ 名 称	⑲ 診 療 し た 医 師 氏 名			
			⑲ 所 在 地				
⑲ 診 療 期 間 (支給期間)			自 年 月 日	⑲ 日 数	⑲ 入院・入院外の別	⑲ 入院の場合左記の入院期間	⑲ 診 療 に 要 し た 費 用 の 額
			至 年 月 日	0: 入院外 1: 入院	自平成 年 月 日	至平成 年 月 日 日間	円
⑲ 診 療 の 容			⑲ 療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由				

※ の 別	1. 立替払い等	⑲ 療養の原因 (コード)	⑲ 施 術 回 数		回
	2. 治療用装具	⑲ 治療用装具 (コード)	⑲ 支 給 種 別	1 初回支給	⑲ 年 月 日
	5. 生 血	⑲ 輸 血 回 数	2 補 修 装 着	3 再 支 給	年 月 日
⑲ 支 給 回 数	⑲ 支 給 算 出 額	⑲ 調 整 減 額 コード	⑲ 調 査 先 コード	⑲ 海 外 表 示	⑲ 特 別 支 給 コード
回	円			0. 国 内 1. 海 外	(備考)

支 払 金 融 機 関 の 欄	⑲ 支 払 区 分	1: 振 込 2: 銀 行 送 金 3: 郵 便 局 送 金 4: 当 地 払	⑲ 預 金 種 別	1: 普 通 2: 当 座 3: 通 知 4: 別 段	⑲ 銀 行 支 店 出 張 所
	⑲ 金 融 機 関 コード	*			信 連 信 漁 連 農 協 漁 協
	⑲ 口 座 番 号				本 所 支 所 本 店 支 店
銀行送金の場合		銀行	支店	郵便局送金の場合	
				郵便局	

受 取 代 理 人 の 欄	⑲ 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。					平成 年 月 日 提出
	被保険者(申請者) 住所 氏名					平成 年 月 日
	⑲ 代理人の氏名と印 (フリガナ)					⑲ 委任者と代理人との関係
	代理人の住所					⑲ 郵便番号
					⑲ 住所コード	⑲ 電話番号 ()
					⑲ 送 信	保 險 給 付 金 を 受 け 取 ら れ る 方 の 口 座 名 義 の 氏 名 を 記 入 し て く だ さ い。
					⑲ 送 信	口 座 名 義
社会保険労務士の提出代行者印					⑲	

◎記入については、裏面「記入上の注意」をご覧ください。
◎「※」印欄は記入しないでください。
◎添付書類等については裏面に掲載してあります。必ずご覧ください。

領収（診療）明細書

（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、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。

患者名				傷病名						
入院外				入院						
初診	時間外・休日・深夜			回	初診	時間外・休日・深夜			回	
再診	再診	×	回	投薬	内服	服用	単位			
	外来管理加算	×	回		内屯外調麻調	服用	単位			
	時間外	×	回			剤	単位			
	休日	×	回			毒	日			
	深夜	×	回		基	日				
指導				注射	皮下	筋肉	内	回		
在宅	往診	回			静脈	内の	他	回		
	深夜・緊急	回	回		その他			回		
	在宅患者訪問診療	回	回	処置	薬	剤	回			
	その他	回	回					回		
投薬	内服	薬剤調剤	×	単位	手術・酔	薬	剤	回		
	屯服		薬剤			回			回	
	外用	薬剤調剤	×	単位	検査	薬	剤	回		
	処方		薬剤	×		回			回	
	麻毒調基		回				回			
注射	皮下	筋肉	内	回	入院	入院年月日		年	月	日
	静脈	内の	他	回		病診衣	入院料	×	日間	
処置	薬	剤	回	回			×	日間		
							×	日間		
手術・酔	薬	剤	回	回	院	入院時医学管理料	×	日間		
								×	日間	
検査	薬	剤	回	回				×	日間	
								×	日間	
画像断	薬	剤	回	回	特定入院料・その他					
					食事	基準				
その他	処方	せん	×	回			円×	日間		
	薬	剤	回	回		円×	日間			
						円×	日間			
合計				円	合計				円	

上記のとおり領収（診療）いたしました。

平成 年 月 日

医療機関の所在地
 医療機関の名称
 医療機関の電話番号
 医師名



記入上の注意 1 (被保険者が記入するところ)

1. 標題の「被保険者」・「家族」の文字のいずれか該当する方をマル (○) で囲んでください。
2. 標題の「家族」の文字をマル (○) で囲んだ場合は、㊦・㊧・㊨欄は必ず記入してください。㊩欄は該当する元号をマル (○) で囲んでください。(「被保険者」の文字をマル (○) で囲んだ場合は、㊦・㊧・㊨欄は記入しないでください)
3. ㊣㊤㊦の欄は、該当する番号をマル (○) で囲んでください。
4. ㊨の欄は、被保険者が自ら記入 (自署) する場合には、押印は不要です。
5. 傷病の原因が負傷の場合 (ねんざ・打撲・擦傷・骨折・打ち身など) は、裏面の㊰欄を記入してください。

【第三者行為の場合】

6. ㊭の欄で「1 : はい」と答えた場合は、「第三者の行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは社会保険事務所にお問い合わせください。(「第三者の行為による傷病届」の提出については、同じ傷病における申請の場合、初回時のみの提出となります。二回目以降は提出不要です)

【薬剤のみの支給を受けた場合】

7. 薬剤を受けた場合は、㊦㊧㊨㊩㊪㊫㊬の欄は、そのように読み替えて記入してください。
(薬剤を受けた場合とは、無医村域において、医師の診療を受けることが困難で、応急処置として緊急に売薬の服用をした場合です)

【小児弱視等治療用眼鏡等の更新の場合】

8. ㊮欄に更新前の装着年月日及び支給申請した社会保険事務所名を記入してください。

記入上の注意 2 (支払金融機関の欄・受取代理人の欄)

1. ㊯、㊺の欄は、該当する番号をマル (○) で囲んでください。㊻の欄は該当する金融機関をマル (○) で囲んでください。
㊯支払区分の内容は次のとおりです。

支 払 区 分	内 容
1 振 込	給付が決定した場合、指定の金融機関の口座へ振込みます。郵便局の口座への振込は行っていません。
2 銀 行 送 金	給付が決定した場合、指定の銀行の窓口で受け取ることができます。
3 郵 便 局 送 金	給付が決定した場合、指定の郵便局の窓口で受け取ることができます。
4 当 地 払	給付が決定した場合、管轄の社会保険事務所の窓口で指定された日時に受け取ることができます。

※ 「2 銀行送金」と「3 郵便局送金」は、指定できない場合があります。希望されるときはあらかじめ社会保険事務所にご確認願います。

「当地払い」は、管轄の社会保険事務所から通知により指定された日時に受けることとなりますので、ご了承願います。

以上により、銀行等に口座がある場合は、便利で確実な「振込」を希望されることをおすすめいたします。

2. 給付金の受け取りを他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入してください。また、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入してください。

なお、受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の㊼は必ず押してください。

添付書類について

※ 療養費の種類により添付書類が異なりますので、下記を確認のうえ提出願います。

療養費の種類	添 付 書 類
立 替 払 等	<ul style="list-style-type: none"> ●領収書 領収書が発行されている場合は、領収書の原本を添付してください。領収書のない場合は、医師から領収 (診療) 明細書を作成していただいでください。裏面の「領収 (診療) 明細書」により、医師から記入してもらうことができます。(ただし裏面の「領収 (診療) 明細書」は歯科診療の場合は使用できません) 【海外で診療を受けた療養費】 海外で診療を受けた療養費の申請の場合は『診療内容明細書』と『診療明細書』を添付してください。(様式等不明の場合は社会保険事務所へお問い合わせ願います) なお、これら明細書が外国語で記載されている場合は、『翻訳文』を添付してください。(翻訳文には、翻訳者の住所・氏名を明記してください)
治 療 用 装 具	<ul style="list-style-type: none"> ●医師の「意見および装具装着証明」 裏面の「意見および装具装着証明」により医師から記入・証明を受けてください。 ●領収書 装具の名称、種類等、内訳が記載された領収書の原本を添付してください。 ●検査書 (小児弱視等の治療用眼鏡等の場合) 視力等の検査結果のわかる写しを添付してください。
生 血	<ul style="list-style-type: none"> ●輸血証明書 輸血を必要と認めた医師の証明書を添付してください。(証明書は輸血の回数が明記されているもの) ●領収書 血液代金や移送にかかった運賃等の内訳が記載された領収書の原本を添付してください。