

健保組合使用欄					
支給決定年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務局長	参事	担当者
支給金額					
20	療養費	円			
20	第2家族療養費	円			
73	一部負担還元金	円	備考		
74	家族療養付加金	円			
53	高額療養費	円			
75	合算高額療養費	円			
支給額計		¥	円		

被保険者・被扶養者 療養費支給申請書

被保険者記入欄						(その1)
被保険者証記号、番号	記号 123	番号 456	事業所名	○○○○○		
被保険者氏名及び印	健保 太郎		被保険者現住所	○○市××区○○××		
被扶養者の場合、その者の氏名、生年月日、続柄	氏名 健保 花子	生年月日 昭・平 50年3月3日	続柄 妻			
療養の給付を受けることが出来なかった理由(該当番号を○で囲む)	1. 保険医又は保険者の指定するものがない地域での受診事由の発生。 2. やむを得ない理由により保険医外の医師に受診。 3. 伝染病予防法により収容され、当然受けるべき療養の給付を受けなかったとき。 4. 歩行補助器、コルセット、関節固定器等の治療材料を必要とするとき。 5. 被保険者証の交付手続き中のとき。 6. 輸血のための生血代を支払ったとき。 7. その他 ()					
傷病名	ケガの時は負傷原因報告書を添付して下さい。既に提出済の場合は右の提出済の文字を○で囲んで下さい。 提出済 気管支炎 (発病又は負傷年月日 H24年4月5日)(発病又は負傷の原因は第三者の行為によるものですか=はいいいえ)					
診療内容	(入院 入院外)	診療期間	24年4月5日 年 月 日 1日間	診療費	3,500 円	
診療を受けた医療機関名等	医療機関名	○×病院			医師氏名	○○○○
	所在地	○○市○○区○○			TEL	99-9999-9999

受付印	この給付金の受領を (役職名) (氏名) ○○○○ ○○ ○○ _____ に委任します。	平成 24年 4月 30日 被保険者氏名 健保 太郎 _____
-----	--	---

(注) (その1) で給付を受けることが出来なかった理由が1. 2. 5の場合は
(その2) 又は、レセプトの添付が必要

(その2)

診療報酬明細書

保険証記号	保険証番号	患者氏名	1点当り単価	入・外別
123	456	健保 花子	10 円	入院 入院外
傷病名	(1) 気管支炎 (2) (3)		24年 4月 5日から 24年 4月 5日まで (診療実日数 1 日)	
診療の内訳		診療内容 (詳細に記入下さい)	単価	金額
初診	時間外・休日・深夜	回	円	円
再診	再診	×	回	
	外来管理加算	×	回	
	時間外	×	回	
	休日	×	回	
	深夜	×	回	
医学管理				
在宅	往診	回		
	夜間	回		
	深夜・救急	回		
	在宅患者訪問診療	回		
	その他			
投薬	内服・薬剤	単位 調剤 回		
	頓服・薬剤	単位 調剤 回		
	外用・薬剤	単位 調剤 回		
処置	処方	回		
	調基	回		
注射	皮下筋肉内	回		
	静脈内	回		
	その他	回		
処置	薬剤	回		
手術麻酔	薬剤	回		
検査	薬剤	回		
画像診断	薬剤	回		
その他	処方せん 薬剤	回 回		
入院				
合計				円

上記の通り領収 (診療) いたしました。

平成 ○○年 ○○月 ○○日

医療機関の所在地 ○○市××区△△
医療機関の名称 ○○○○病院
医療機関の電話番号 ○○○-○○○-○○○○
医師の氏名 ○○○○

