



同年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	会計	抜者	被扶養者 台帳照合印
支払年月日	平成 年 月 日					
支給額	拾万 万 千 百 拾 円					
支給内訳	法定 款 項 目	拾万 万 千 百 拾 円	資 得	年 月 日	療 始	年 月 日
附加			格 喪	年 月 日	養 終	年 月 日
種 目	請 求	査 定	種 目	請 求	査 定	種 目
初 診	円	円	注 射	円	円	円
再 診			検 査			
往 診			処置及び手術			合 計
投 薬						一 部 負 担

被保険者 療養費 支給申請書 (第 回目)
健康保険 療養附加金

◎記入の方法は裏面に書いて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 00000000	1:明 3:大 5:昭 7:平 000401	*	*	*0:無 1:有	* 年 月 日
⑨被保険者の(申請者)氏名と印	(フリガナ) ケンボ タロウ	事業所の(所在地)	〇〇〇〇株式会社		
	健保 太郎		〇〇県〇〇市〇〇町1		
⑩被保険者の(申請者)住所	⑩郵便番号	(フリガナ)	(電話番号)		
	00000000	〇〇ケン〇〇シ〇〇マチ	(000) 0000		
⑪住所コード	*	〇〇県〇〇市〇〇町1-1	(000) 0000		
療養が被扶養者に関するときは、その者の(氏名)	生年月日	明 治 大 正 和 平 年 月 日生	(才)被保険者の続柄		
⑫傷病コード	*	傷病名	椎間板ヘルニア		
⑬カ ナ	*	⑭発病又は負傷の原因及びその経過	不詳		
		⑮発病又は負傷の年月日(療養開始日)	〇 〇 〇 〇 〇 〇		
		⑯第三者行為によるものですか。	〇:いいえ 1:はい		
診療を受けた病院等	の名称	〇〇〇〇病院	診療した医師氏名	〇〇 〇〇	
	の所在地	〇〇県〇〇市〇〇町2			
⑰診療の期間(支給期間)	自 〇 〇 〇 〇 〇 〇	⑱入院・入院外の別	〇:入院外 1:入院	⑲入院の場合左記の入院期間	⑳診療に要した費用の額
	至 〇 〇 〇 〇 〇 〇			自平成 年 月 日 日間	〇〇〇〇〇 円
⑳診療の内容	コルセット装着		㉑療養の給付を受けることができなかった理由		治療用装具装着のため。

療養費の別	1. 立替払い等	⑱療養の原因(コード)	⑲ 施術回数	回	
	2. 治療用装具	⑱治療用装具(コード)	1 初回支給	⑳装着年月日	
	3. 生 血	⑱輸 血 回 数	2 補 修	年 月 日	
			3 再支給		
(21)支給回数	(22)支給算出額	(23)調整減額コード	(24)調査先下	(25)海外表示	(26)特別支給コード
回	円			0:国内 1:海外	(備考)

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 提出

事業所
担当者印

領 金	円也領収いたしました。
収 書	平成 年 月 日
	健康保険組合理事長殿
	氏 名

※ 受付日付印

支払金融機関の欄	(27) 支払区分	※ 1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払	(28) 預金種別	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	(29) 銀行 金庫 農協	本店 支店
	(28) 金融機関コード	※		口座名義		
	(30) 口座番号	※				郵便局

受取代理人の欄	(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。					
	平成 年 月 日					
	被保険者 住所 (申請者) 氏名					
	(31) 代理人の氏名と印	(フリガナ)				(3) 委任者と代理人との関係
代理人の住所	(32) 郵便番号	〒		(フリガナ)		
	(33) 住所コード	※				

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 時間外 休日・深夜	回 回 回		投薬	内服 外用		
往診	普通・難路 夜間・暴風雨雪 同、家屋	回 回 回		注射	皮下筋肉内 静脈	回 回	
指導				処置及び手術	材料 麻酔剤	回 回 回 回	
投薬	内服 外用 調剤			検査	レントゲン	回 回 回	
注射	皮下筋肉内 静脈内	回 回		その他	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	
検査				合計	合計	円	
レントゲン	透視 造影剤	回 回					
処置及び手術	材料 麻酔剤	回 回 回					
その他							
合計		円				円	

(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、別の領収証書をつけて下さい。
(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・ギブス・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。

上記のとおり領収（診療）いたしました。
平成 年 月 日
医師の住所
氏名