

※ 支 給 額									円
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 立替払
家族

※領収書等の添付書類は原本を提出してください

被 保 険 者 情 報	① 被保険者証	記号	番号	② 生年月日	昭和・平成	年	月	日
	③ 氏名	(フリガナ)						
	④ 住所	〒	—	都・道 府・県				
	⑥ 事業所名称				⑤ 電話番号 (日中の連絡先)	()		
				⑦ 問い合わせ先 (チェックが無い場合は 事業所連絡いたします)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 社労士			

◎【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申 請 内 容	⑧ 受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)							
	⑨ 家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭和・平成 令和	年	月	日	続柄()	
	⑩ 傷病名				⑪ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)	令和	年	月	日
	⑫ 発病又は負傷の 原因及びその経過 (けがの場合は、日時、 場所、どのように負傷され たか詳細に記入)	原因			⑬ 第三者行為に よるものですか	はい ・ いいえ			
					⑭ はいの場合	氏名 住所			
	⑮ 診療を受けた病院等	名称							
		所在地			⑯ 診療した医師の氏名				
	⑰ 診療期間(支給期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日数 日)							
	上記期間の入院・入院外の別								
	⑱ 療養に要した費用				円	⑲ 診療の内容			
⑳ 療養の給付を受ける ことができなかった理由	1. 以前加入していた保険証を使用してしまったため 2. 加入手続き中で保険証が届いていなかったため 3. 保険証を持参しなかったため(理由:)								

◎振込先欄には被保険者(③欄の方)の口座または、事業所より届出されている口座をご記入ください。

振 込 先	公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、下記の口座情報の記入は不要です。)						
	金融機関名称	銀行コード	銀行・金庫・信組 農協・その他()			預金種別	普通・当座・その他()	
		支店コード	支店・本店・出張所 その他()			口座番号 (右づめで記入)		
	口座名義	カタカナで記入				口座名義区分	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 事業所の受領代理人	

◎委任状欄は事業所より届出されている口座へ振込みする場合のみご記入ください。

委 任 状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 氏名
	受領代理人	氏名

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

--

診療報酬明細書

患者氏名	傷病名	1)	診療期間	令和 年 月 日から
		2)		平成・令和 年 月 日まで
		3)		(診療実日数 日)

入院外

初診	時間外・休日・深夜	回
再診	再診	× 回
	外来管理加算	× 回
	時間外	× 回
	休日	× 回
	深夜	× 回
指導		
在宅	往診	回
	夜間	回
	深夜・緊急	回
	在宅患者訪問療養	回
	その他	
	薬剤	回
投薬	内服 薬剤	単位
	調剤	× 回
	屯服 薬剤	単位
	外用 薬剤	単位
	調剤	× 回
	処方	× 回
	麻毒	回
	調基	
注射	皮下筋肉内	回
	静脈内	回
	その他	回
処置		回
	薬剤	回
手術麻酔		回
	薬剤	回
検査		回
	薬剤	回
画像診断		回
	薬剤	回
その他	処方箋	回
	薬剤	回
合計		円

入院

初診	時間外・休日・深夜	回	
	投薬	内服	単位
		屯服	単位
		外用	単位
		調剤	日
		麻毒	日
		調基	
	注射	皮下筋肉内	回
		静脈内	回
		その他	回
処置		回	
手術麻酔	薬剤	回	
	薬剤	回	
検査		回	
	薬剤	回	
画像診断		回	
	薬剤	回	
その他	薬剤	回	
	入院年月日	年 月 日	
入院	病・診・衣	入院基本料・加算	
		× 日間	
		× 日間	
		× 日間	
		× 日間	
	× 日間		
特定入院料・その他			
食事	基準		
	円 × 日間		
	円 × 日間		
	円 × 日間		
	円 × 日間		
合計		円	

※診療明細書は投与した薬剤名及び検査名、処置名、手術名をレセプト作成時と同様に記載してください。

上記のとおり診療いたしました。	令和 年 月 日
所在地	
名称	
医師の氏名	
電話番号	