

支給金額	発議		
	常務理事	事務長	係
支給期間	日間		
種別	支給金額算出内訳		取得
医療費	①決定点数 - 一部負担金 = 支給額		1. 緊急のもの認められない。 2. 療養の給付が困難と認められない。 3. 全部 年 月 日 前分
マッサージ	②施術料金 × 回数 = 決定金額 ( × 部位)		
装具	往療料金 × 回数 = 決定金額		
輸血	③支給額 × =		
不支給の理由	技官意見		

◎注意事項

(注)療養費支給申請書には次のもの(原本)を添付してください。返却はいたしません。

- 治療用装具(①コルセットなど ②9歳未満の治療用めがね ③リンパ浮腫用弾性着衣)
- 診断書(または意見書、領収書) ①診断書(または意見書、領収書) ②作成指示書、検査結果、領収書(フレイム〇円、レンズ〇円等明細記入) ③弾性着衣等装着指示書、領収証

次頁の領収明細書に医療機関の証明を受けるか、「診療報酬明細書」を添付ください。

○「発病、負傷の原因」について、未記入および不詳は受付できません。原因不明な場合、発症当初の状態を記入してください。

○記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。

※後期高齢者医療制度(75歳以上または65歳以上の寝たきり)に該当している人は市町村へ請求。

健康保険被保険者療養費支給申請書

金融機関名	銀行	本店	給与振込	普通	ふりがな
	信用金庫	支店	口座番号		預金の名義人

被保険者証の記号番号	-		被保険者の氏名			
被保険者の住所・TEL	〒		TEL ( )			
傷病名			事業所名			
発病または負傷の原因(または発症時の状態)	いつ	平/令 年 月 日頃	負傷または発症した場所	<input type="checkbox"/> 事業所内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他(       )		
診療又は手当を受けた医師、歯科医師、その他の住所・氏名						
診療又は手当の期間	から	まで 日間	左の期間のうち入院期間	から	まで 日間	診療又は手当に要した費用の額 円
被保険者証で診療又は手当を受けることが出来なかった理由(くわしく書いてください)						
診療又は手当を受けた者の氏名			被保険者との続柄	生年月日	昭・平 年 月 日	令

担当医が記入するところ	傷病名	患者氏名
上記の傷病のため、治療用装具(装具名 )の装着の必要を認めます。 令和 年 月 日 装着		
上記の傷病のため、_____CCの輸血(生鮮血)の必要を認めます。 令和 年 月 日 輸血		
上記補装具の装着・輸血が行われたのは		入院中である ・ 入院中ではない (必ず記入してください)
(所在地および名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印ください。)		
令和 年 月 日	住所	医療機関名
		医師名

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付資料が必要です。)

備考欄	
-----	--

# 領 収 書

金 円

患 者 氏 名				生 年 月	昭 和 平 成	年	月	日	生	
傷 病 名				診 療 期 間		令 和	年	月	日	
				令 和	年	月	日	診 療 実 日 数	日	
療 養 に 要 し た 費 用 の 内 訳										
療 養 の 内 訳				薬 名 ・ 用 量 等 の 明 細				※ 決 定 金 額		
受 診 月 日				月	日	月	日			
診 療 料	初 診	時間外・深夜	回	点 (円)	点 (円)	点 (円)				
	再 往 診 診	時間内 時間外 普 通	深 夜 夜 間 回 回	点 (円)	点 (円)	点 (円)				
投 薬	内 服 { 頓 服	薬 剤	×	単 位 回	点 (円)	点 (円)	点 (円)			
		調 剤		単 位 回						
	外 用 { 処 方 麻 毒 調 基	薬 剤	×	単 位 回						
		調 剤		回						
注 射	皮下筋肉内		回	点 (円)	点 (円)	点 (円)				
	静 脈 内		回							
	そ の 他		回							
処 置	薬 剤		回	点 (円)	点 (円)	点 (円)				
手 術 麻 酔	薬 剤		回	点 (円)	点 (円)	点 (円)				
検 査	薬 剤		回	点 (円)	点 (円)	点 (円)				
画 診 像 断	薬 剤		回	点 (円)	点 (円)	点 (円)				
そ の 他				点 (円)	点 (円)	点 (円)				
入 院	入院年月日		年	月	日					
	病	診	衣	自	日	至	日			
				入 院 料	×	日 間				
				×	日 間					
				×	日 間					
			医 学 管 理 料	×	日 間					
			×	日 間						
特定入院料・その他										
食 事	基 準			円×	日 間					
				円×	日 間	点 (円)	点 (円)	点 (円)		
合 計			点							

(所在地および名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印ください。)

上記のとおり領収しました。

令和 年 月 日

住 所  
医 師 { 氏 名