健康保険被保険者療養費支給申請書(入院) ① (第 回目)

(被保険者の
注意事項)

1. 標題の被保険者・家族の文字は、いずれか該当する文字を○で囲んで下さい。
2. ②欄は、健康保険の被保険者証を見て記入して下さい。
3. ③欄に被保険者が自ら署名した場合には④欄の被保険者の押印は不要です。なお、被保険者以外の押印を省略することはできません。
4. ⑦欄の(ウ)の続柄は、配偶者・子ではなく夫・妻・長男・次男・長女・次女等と記入して下さい。
5. ⑩欄は、日時(いつ、何時ごろ)、場所(どこで)、何をしていた等具体的に記入して下さい。
6. ⑩欄が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者の行為による傷病(死)届」をこの申請書に添付して下さい。
7. ⑪欄および⑫欄は、それぞれ該当する文字を○で囲んで下さい。
8. 診療を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合と、医師以外の者から手当を受けた場合は、⑫の(イ)・(ウ)・⑬・⑭・⑮・⑯欄は、そのように読み替えて記入して下さい。

9. 海外で受診等された場合⑩欄は、海外で実際に支払われた通貨単位で記入して下さい。
10. ⑫欄は、なぜ健康保険証を使用できなかったのか、具体的に記入して下さい。
11. ⑫欄は、なぜ健康保険証を使用できなかったのか、具体的に記入して下さい。
12. 勤務先を退職した後の給付金の受領は、勤務先への受領委任となりますので、委任状のそれぞれ該当する欄に記入押印して下さい。なお④欄に押印した場合は⑫欄は必ず同一印で押印して下さい。
13. 勤務先を退職した後の給付金の受領は、勤務先への受領委任または個人受領となります。なお、個人受領を希望する場合は、別紙「振込銀行依頼書」をこの申請書に添付して下さい。
14. 申請書は、各月毎、入院・通院別に作成して下さい。
15. 償還の請求は、医師または病院等に費用の支払をした日の翌日から2年を経過すると請求できなくなるのでご注意ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	② 被保険者証の記号と番号	(記号)	(番号)	③ 被保険者(申請者)の氏名と印	(フリガナ)	④	印		
	⑤ 被保険者の現住所(申請者)	〒 ー TEL ()							
	⑥ 事業所の名称								
	⑦ 療養が被扶養と きはその者の	(ア) 氏名	(イ) 生年月日	昭和 平成 令和	年月日生	(ウ) 被保険者との続柄			
	⑧ 発病または負傷の年月日	昭和 平成 令和	年月日	⑨ 傷病名					
	⑩ 発病の状態または負傷原因及びその経過						⑪ 第三者行為によるものですか	いいえ・はい	
	⑫ 診療を受けた病院(診療所)等の	(イ) 名称	(ウ) 所在地	TEL ()					
	⑬ 診療に従事した医師の氏名								
	⑭ 診療の期間(支給期間)	自	平・令	年	月	日	⑮ 日数	⑯ 入院の別	⑰ 入院の場合左記の入院期間
	⑮ 診療の内容							⑱ 診療に要した費用の額	
⑯ 療養の給付を受けることのできなかった理由									

委任状

私は下記の者を代理人と定めて給付金の受領方を委任します。

令和 年 月 日

⑲ 被保険者 住所 氏名 ⑳ 印

㉑ 代理人 住所 氏名 ㉒ 印

令和 年 月 日 提出

事業者印

備考

受付日付印

医師の意見（治療用装具等）

療養を受けた者の氏名・生年月日				昭和 平成 令和	年	月	日生							
傷病名														
発病又は負傷年月日（療養開始日）	昭和 平成 令和	年	月	日	入院期間	自平成・令和	年	月	日	至平成・令和	年	月	日	・現在入院中
意見														
治療用装具等を必要と認めた年月日				平成・令和	年	月	日							
上記の通り相違ありません。														
令和 年 月 日														
所在地 TEL ()														
医療機関 名称														
担当医師氏名 (印)														

(記入上および添付書類についての注意事項)

- 治療用装具（コルセット・ギプス・義肢等）または生血に関する申請のときは、「医師の意見」欄に医師の記入を受けてから提出して下さい。別に「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」または「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」をこの申請書に添付した場合は、「医師の意見」欄の記入は不要です。
- 治療用装具（コルセット・ギプス・義肢等）または生血に関する申請のときは、「実費についての領収証書」の原本（コピー不可）または「血液代金の領収証書」の原本（コピー不可）をこの申請書に添付して下さい。

領収（診療）明細書（入院分）

患者氏名		診療実日数		日間 (内入院 日間)										
				月 日～ 月 日										
傷病名	(1)			(1)	平成・令和	年	月	日						
	(2)			(2)	平成・令和	年	月	日						
	(3)			(3)	平成・令和	年	月	日						
初診	時間外・休日・深夜	回	点											
再診	再診	×	回											
	外来管理加算	×	回											
	時間外・休日・深夜	×	回											
在宅	往診 (Km)	×	回											
	夜間・深夜・緊急・難路		回											
	暴風雨雪・同一家屋													
指導														
投薬	内服 (薬剤調剤)	単位	回											
	屯服 (薬剤)	単位	回											
	外用 (薬剤調剤)	単位	回											
	処方	回	回											
注射	皮下筋肉内	回	回											
	静脈内	回	回											
処置	その他	回	回											
	薬剤	回	回											
手術	薬剤	回	回											
		回	回											
検査	レントゲン	回	回											
	薬剤	回	回											
その他	処方せん	×	回											
入院	入院料	×	日間	円×	日間	円								
		×	日間	円×	日間	円								
	入院時医学管理料	×	日間	円×	日間	円								
		×	日間	円×	日間	円								
合計点数			点	食事療養合計	日間	円								
上記のとおり領収（診療）いたしました。														
令和 年 月 日														
所在地 TEL ()														
医療機関 名称														
担当医師氏名 (印)														

- 立替払いに関する申請のときは、「領収（診療）明細書」欄に医師の記入を受けてから提出して下さい。別に医療機関からの「診療報酬明細書」（コピー可）と「領収証書」の原本（コピー不可）を添付した場合は、「領収（診療）明細書」欄の記入は不要です。立替払いに関する申請の対象となる費用について、すでに領収証書を受けている場合は、「領収（診療）明細書」欄の「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下さい。
- 海外で受けた診療に係る申請のときは、別紙「領収（診療）明細書」をこの申請書に添付して下さい。
- 歯科診療に関する申請のときは、別紙「領収（診療）明細書」をこの申請書に添付して下さい。
- 海外で受けた診療に係る申請のときは、別紙「診療内容明細書」（様式A）「領収明細書」（様式B）または、「歯科診療内容明細書」・「領収明細書（歯科）」（様式C）をこの申請書に添付して下さい。なお、明細書等が外国語で記入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この申請書に添付して下さい。
- 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して各記入者の氏名欄の印と同一印を押印し、正しい字句を記入して下さい。