

常務理事	事務長	担当
支給決定	年	月 日

療養費支給申請書 (被保険者・被扶養者)

提出日 平成**年**月 *日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号 番号	記号	番 号	フリガナ	エビス' タロウ
	被保険者住所	〒×××-×××× 〇〇県〇〇市××××××××××			
	被保険者の 事業所名称	〇〇〇〇株式会社		事業所 コード	***
	療養給付対象者が 被扶養者の場合	氏 名	生 年 月 日		続 柄
	傷病名	急性胃炎	発病又は負傷の 年月日	昭・平 **年**月 * 日	
	発病又は負傷の 原因 及び 経過	不 明			
	診療を受けた 医療機関名称	〇〇総合病院	診療した 医師名	△△ △△	
	医療機関所在地	〇〇県〇〇市〇〇町*****			
	診療期間	平成 **年**月 **日 から 平成 **年**月 **日まで	入院の場合、入院期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		
	診療の内容	検査および投薬		診療に要した費用 ***** 円	
	療養の給付を 受ける事が 出来なかった理由	1. 装具装着 2. 小児弱視治療用眼鏡等 3. 健康保険証を持参しなかった 4. その他 ()			
	第三者行為によって 負傷したものですか	はい いいえ	その事実の 届出の有無	ある ない	第三者の氏名 住所
	(委任状欄)	本請求に基づく給付金に関する受領を <u>〇〇〇〇株式会社</u> (事業主名) に委任致します。			
	被保険者氏名	恵比寿 太郎 印			

健 保 記 入	種別	立替払い・治療用装置・生血	支給算出額	円	受付日付
	備考				

- 必要な添付書類
1. 装具(コルセット等)に関する申請 ... 「医師の装具装着証明書原本」と「領収書原本(内訳のわかるもの)」
 2. 小児弱視治療用眼鏡等に関する申請 ... 「眼科医の治療用眼鏡等の作成指示書及び検査結果の写し」と「領収書原本(内訳のわかるもの)」
 3. 保険証を使用せずに治療を受けたとき ... 「領収書原本」と「診療報酬明細書(写し)」か右記「領収(診療)明細書」
 4. 輸血に関する申請 ... 「輸血を必要と認めた医師の証明書原本」と「輸血代金の領収書原本」

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 同、家屋	回 回 回	注射	皮下筋肉内 静脈内 動脈内	回 回 回
指導			処置及び手術	材料 麻酔 薬剤	回 回 回
投薬	内 服 外 用 調 剤		検査		
注射	皮下筋肉内 静脈内 動脈内	回 回 回	レントゲン	撮影 透視 造影剤	回 回 回
検査			その他		
レントゲン	撮影 透視 造影剤	回 回 回	入院	1月未満 日間(日から 日) 1月から3月未満 日間(日から 日) 3月以上 日間(日から 日)	給食の有無 有・無
処置及び手術	材料 麻酔 薬剤	回 回 回	合計		円
その他			合計		円
合計		円	合計		円
上の通り領収(診療)致しました。			平成 年 月 日		
医師		住所	氏名 印		