

健康保険 被保険者 家族

療養費支給申請書(立替払い等)
療養付加金

令和 年 月 日 申請

〔添付書類〕

- ① 診療報酬明細書(レセプト)
※医療機関等で支払い時に発行される領収明細書とは異なります。傷病名が記載された診療報酬明細書(レセプト)をご提出ください。
- ② 領収書の原本

※給付金を受ける権利は、2年で時効になります。時効の起算日は、療養に要した費用を支払った日の翌日から数えて2年です。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号と番号	② 被保険者名 (被保険者死亡の 場合は申請者氏名)					
	③ 自宅住所	〒 電話(日中連絡先) ()					
	④ 事業所名称						
	⑤ 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	被保険者 との続柄		
	⑥ 傷病名	⑦ 発病又は 負傷の年月日		年 月 日 (負傷の場合は 時頃)			
	⑧ 負傷した場合 にのみご記入 ください	負傷した場所	<input type="checkbox"/> 社内 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> その他()				
		何をしている時に、 何がどのようになっ てどこをケガしましたか					
	⑨ 第三者の行為による傷病ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい					
	⑩ 診療を受けた 病院等	名称					
	⑪ 診療の期間 (支給期間)	自 年 月 日	入院・入院外 の別	入院の場合は入院期間	⑫ 診療に要した費用の額		
		至 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 入院	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	円	
	⑬ 療養の給付を受けること ができなかった理由						
	⑭ 他の制度により自己負 担相当額またはその一 部の支給をうけられます か	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		(制度名) (自己負担の <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) (助成金額 円)			
	⑮ 受取代理人の欄	私は (被保険者との関係) を代理人と定め療養費(家族療養費)及び同付加金の受領方を委任します。 被保険者氏名 (申請者) _____					
	⑯ 支払金融機関の欄	金融機関名			コード番号		
		店名			コード番号		
預金の種別		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄		口座番号			
口座名義 (フリガナ)							

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、備考欄へ記入してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

〔組合記入欄〕

本人一般療養費
家族

受付日付印

支給額	拾万 万 千 百 拾 円						資格 喪失 認定 療養 開始 終了	年 月 日		
	拾万	万	千	百	拾	円		年	月	日
支給内訳	一般									
	食事 高額 付加									

○算式

食 事	合計	一部負担
	円	円
	支給額	円

〔記入上の注意〕

- 1 診療を受けた場合、⑩⑪⑫は、そのように読みかえて記入してください。
- 2 被保険者以外の口座名義に振込みをご希望の場合は、受取代理人の欄も合わせてご記入ください。

診療報酬明細書(レセプト)

(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」字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。

患者氏名				生年 月	昭和 平成 令和	年	月	日	から	診療実日数	
傷病名				診療期間	年	月	日	から	日	まで	
療養に要した費用の内訳											
診療の内訳				金額				摘要			
初診	時間外・休日・深夜	回	点	円							
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								
	在宅患者訪問診療		回								
	その他										
	薬剤										
投薬	内服 { 薬剤		単位								
	調剤	×	回								
	頓服	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	薬剤		回								
麻酔	薬剤		回								
検査	薬剤		回								
診画像	薬剤		回								
その他	処方せん		回								
	薬剤										
入院	入院年月日	年	月	日							
	病診	入院料	点								
		×	日間								
		×	日間								
		×	日間								
		入院時医学管理料									
		×	日間								
	×	日間									
	×	日間									
	×	日間									
	特定入院料・その他										
合計				円							
				円	基準	円 ×	日間				
				円	標準	円 ×	日間				
				円	食事	円 ×	日間				
				円	食事負担金額	円	標準負担額	円			
				円	薬剤一部負担金額	円					
上記のとおり領収(診療)いたしました。 令和 年 月 日											
医療機関所在地 名称 電話番号 医師の氏名											
※ご記入いただいた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。											