

健康保険

被保険者(本人) 家族

療養費支給申請書 (回目)

領収(診療)明細書

記入上の注意 1 診療を受けたのはなく、薬剤の支給だけを受けた場合は、⑧⑨⑩⑪は、そのように読み替えて記入してください。また、治療用器具(コルセット)の申請のときは、小児弱視眼鏡等に交付する申請のときは、装着年月日を記入してください。

被保険者が記入するところ
① 被保険者等記号・番号
② ご自身の事業所の名称と所在地
③ 傷病名
④ 発病又は負傷の年月日
⑤ 発病又は負傷の原因
⑥ 第三者の行為によって負傷したものであるか否か
⑦ 第三者の行為によって負傷したときは
⑧ 診療を受けた病院等の名称、住所
⑨ 診療の内容
⑩ 診療に要した費用の額
⑪ 診療の期間
⑫ 療養の給付を受けることができなかった理由
⑬ 申請が家族に関するときはその者の氏名、生年月日、昭和/平成/令和年 月 日、住所、TEL、氏名

受取代理人の欄
⑭ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。
被保険者(請求者) 住所、氏名
⑮ 代理人の氏名と印
⑯ 代理人の住所

支払希望の銀行又は信用金庫 普通預金指定
銀行金庫、銀行コード、支店、支店コード
普通預金、口座番号(右詰で7桁記入してください)
口座名義人、フリガナ

社会保険労務士の提出代行者印

税務会計監査事務所健康保険組合

受付日付印

医療機関の方へ
④③②①
輸血(診療)に申請するときは、「輸血を必要とする」として所定の事項を記入してください。

患者氏名、性別、生年月日、昭・平・令 年 月 日
傷病名、診療期間
入院外、入院
初診、時間外・休日・深夜
再診、時間外・休日・深夜
指導、注射、在宅、投薬
検査、手術・麻酔、画像診断
食事
合計
令和 年 月 日
医療機関名、医療機関所在地、医師の氏名

申請者の方へ
自費で診療を受けたときは医療機関より証明を受けるか診療報酬明細書(レセプト)の交付を受けてください。