

健康保険被保険者療養費支給申請書

(回目)

領収（診療）明細書

記入上の注意
 1 診療を受けたときは、薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当てを受けた場合は、⑧⑨⑩⑪は、そのように読み替えて記入してください。
 2 治療用器具（コルセット、小児弱視眼鏡等）に関する申請のときは、健康保険証の交付年月日を記入してください。

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号と番号	記号	② 事業所の名称と所在地	TEL ()	
	③ 傷病名	番号	④ 発病又は負傷の年月日	年 月 日 (負傷の場合は 時頃)	
	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	ある・ない	⑦ 第三者の行為によって負傷したときは	その事実の届出の有無	ある・ない
	⑧ 診療を受けた病院等の名称				
	⑧ 診療を受けた病院等の住所				
	⑨ 診療の内容	⑩ 診療に要した費用の額		金 円也	
	⑪ 診療の期間	自 年 月 日	至 年 月 日	左の期間のうち入院期間 年 月 日 日間	
	⑫ 療養の給付を受けることができなかった理由	記入上の注意 2 (装着年月日 年 月 日) (交付年月日 年 月 日)			
	⑬ 申請が被扶養者に関するときはその者の	氏名	生年月日	昭和 年 月 日	被保険者との続柄
上記のとおり申請いたします。					
住所 〒 -					
被保険者 TEL ()					
氏名 (印)					
税務会計監査事務所健康保険組合理事長殿					

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。	年 月 日
被保険者 (請求者) 住所 氏名	(印)
⑮ 代理人の氏名と印	フリガナ (印)
⑯ 委任者と代理人との関係	
⑰ 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 (ゆうちょ銀行不可)			
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	(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
 領収（診療）明細書は、申請の対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」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。
 ④ 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認められた医療担当者の証明書」および「血液代金の領収証書」をつけてください。

患者氏名	性別 男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日
傷病名 (1)(2)(3)	診療期間	年 月 日から 年 月 日まで (診療実日数)	
入院外		入院	
初診	時間外・休日・深夜	初診	時間外・休日・深夜
再診	再 診 × 回 外来管理加算 × 回 時間外 × 回 休日 × 回 深夜 × 回	投 薬	内 服 × 単位 屯 服 × 単位 外 用 × 単位 処 方 × 単位 麻 毒 × 単位 調 基 × 単位
指 導		注 射	皮下筋肉内 × 回 静 脈 内 × 回 そ の 他 × 回
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 × 回	処 置	薬 剤 × 回
投 薬	内 服 { 薬 剤 × 単位 屯 服 { 調 剤 × 単位 外 用 { 薬 剤 × 単位 処 方 × 単位 麻 毒 × 単位 調 基 × 単位	手 術・麻 酔	薬 剤 × 回
注 射	皮下筋肉内 × 回 静 脈 内 × 回 そ の 他 × 回	検 査	薬 剤 × 回 薬 剤 × 回 薬 剤 × 回 薬 剤 × 回 薬 剤 × 回 薬 剤 × 回
処 置	薬 剤 × 回	手 術・麻 酔	薬 剤 × 回
検 査	薬 剤 × 回	検 査	薬 剤 × 回
画 像 診 断	薬 剤 × 回	画 像 診 断	薬 剤 × 回
合 計	円	合 計	円

申請者の方へ
 旧証を使用したときは、治療費の領収書は、医療機関より証明を受ける必要ありません。

令和 年 月 日

医療機関名 (印)
 医療機関所在地 (印)
 医師の氏名 (印)