

支給決議書			支給額		円
常務理事	事務長	係	支給内訳	<input type="checkbox"/> 療養費	円
				<input type="checkbox"/> 家族療養費	
				<input type="checkbox"/> 一部負担還元金	円
				<input type="checkbox"/> 家族療養付加金	
資格取得	昭・平・令 年 月 日		支給期間	令和 年 月 日	
資格喪失	令和 年 月 日			令和 年 月 日	
計算式					

上記は記入しないでください。

被保険者

療養費支給申請書

被扶養者

令和 X 年 X 月 X 日請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、個人情報の第三者提供に同意します。
訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）

* 被保険者等記号・番号が不明の場合は、①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書(R7.12.1までは健康保険証)、④事業所の健康保険担当部門(人事・総務/担当者)のいずれかでご確認ください。

日本無線健康保険組合 御中

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	* 被保険者等 記号・番号	記号	1010		請求者の 氏名	健保 太郎	
		番号	99999				
	委任状	私は、事業主を代理人と定め、請求した療養費の受領に関し、事業主に委任します。					
	被保険者の住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県 〇〇市 〇〇町 1-2-3					
	会社名および所属	日本無線株式会社		〇〇部	〇〇課		
	申請が被扶養者 に関するとき	被扶養者氏名		生年月日	続柄		
	傷病名	アキレス腱断裂		発病または負傷日	平・令 X 年 X 月 X		
	発病負傷の原因	テニスの試合中					
	傷病の経過	良好・通院加療中					
	診療を受けた 医療機関、医 師名および住所	医師機関名 医師名 住所	〇〇整形外科 医師 太郎 〇〇県 〇〇市 〇〇町 5-5-5				
	診療の内容	装具装着					
	診療を受けた期間	自 令和 X 年 X 月 X 日	1 日間	診療に要した 費用の額	12,300 円		
	療養の給付を 受けなかった理由	①治療用装具装着の為。 ②および③の場合は理由を書いてください。 ②窓口で健康保険の資格が確認不可 ③その他（具体的に）					
	第三者行為による ものですか	いいえ		はい（別紙届出必要）			

(添付書類についての注意)

次の1から3の場合には、下記の領収(診療)明細書(本頁)の添付は必要ありません。

1. コルセット、ギプス、義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認める医師の証明書」および「実費についての領収証書」を添付してください。

※治療用装具の申請の場合は、作成した装具の写真も添付してください(治療用眼鏡の場合は除く)。

2. 歯科診療に関する申請のときは、歯科医療機関が交付する領収(診療)明細書を添付してください。

3. 輸血に関する申請のときは「輸血を必要と認めた医師の証明書」を添付してください。

備考

すでに領収書を発行しているときは「領収」の字句を消して「診療明細書」としてください。

領 収 (診 療) 明 細 書

患者名				傷病名					
初診	時間外・休日	回	円	注 射	皮下・筋肉内	回	円		
	深夜				静脈内	回			
再診	再診	回			処 置	その他		回	
	時間外	回		薬 剤		回			
	休日・深夜	回				手 術 ・ 麻 酔	回		
往診	普通・難路	回		検 査			回		
	夜間・暴風雨雪	回				画 像 診 断	回		
	同一家屋	回					そ の 他	処方せん	回
指導 管理				合 計	薬剤	回			
	投 薬	内服 薬剤			単位		回		
		調剤	×		回		そ の 他	薬剤	回
		頓服 薬剤			単位			入 院	回
		調剤	×		回		入 院 時 医 学 管 理 料		回
		外用 薬剤			単位				日間
調剤		×	回	日間					
処方	×	回	日間						
麻・覚・毒		回	日間						
入 院	入院料 (室料・看護料・給食料)				合 計				
	食有	×	日間						
	食無	×	日間						
	特食	×	日間						
	入院時医学管理料		日間						
その他		日間	日間						

うえのとおり領収 (診療) いたしました。

令和 年 月 日

住所

医師

氏名

医師の証明