A4縦で出力（２枚あり）

No.

決裁日付印	伺年月日	令和　年　月　日	常務理事	事務長	会計	扱者	被扶養者台帳照合印
	支払年月日	令和　年　月　日					
	支給額	拾万　万　千　百　拾　円					

支給内訳												資格			療養		
法定	款	項	目		拾万	万	千	百	拾	円	得	年　月　日		始	年　月　日	
附加											喪	年　月　日		終	年　月　日	

※支払決議書

種目	請求	査定	種目	請求	査定	種目	請求	査定
初診	円	円	注射	円	円		円	円
再診			検査					
往診			処置及び手術			合計		
投薬						一部負担		

健康保険　被保険者 家族　療養費 療養附加金

支給申請書（第　回目）

◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者が記入するところ

被保険者等記号・番号	個人番号（マイナンバー）記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	④ 生年月日
① ② ○○ ③ ○○○○	― ―	5:昭 7:平 9:令　年 ○　月 ○　日 ○

⑤ 被保険者の（申請者）氏名	(フリガナ) キョウドウ タロウ 共同　太郎	事業所の ㋐名称	○○株式会社
		㋑所在地	○○県○○市○○町○－○－○
被保険者の（申請者）住所	⑥ 郵便番号 ○○○ － ○○○○ 住所コード ※	(フリガナ) △△ケン△△シ△△マチ △△県△△市△△町△－△－△	(電話番号) (○○○○)○○○○
療養が被扶養者に関するときは、その者の	㋒ 氏名 共同　花子	㋓ 生年月日 昭和 平成 令和 ○年○月○日生	㋔ 被保険者との続柄 妻
傷病コード ※	㋕ 傷病名 腰椎椎間板ヘルニア		⑦ 発病又は負傷年月日（療養開始日） 年 ○　月 ○　日 ○
カナ ※			
㋖ 発病又は負傷の原因及びその経過	運動時に以前から腰部の痛みがあった。		⑧ 第三者行為によるものですか。 0：いいえ 1：はい
診療を受けた病院等	㋗ 名称 ○○整形外科	㋙ 診療した医師氏名	○○　○○
	㋘ 所在地 ××県××市××町×－×－×		

⑨ 診療の期間（支給期間）				⑩ 日数	⑪ 入院・入院外の別	㋚ 入院の場合左記の入院期間	㋛ 診療に要した費用の額
自	年 ○	月 ○	日 ○			自令和　年　月　日	○○○○
至	年 ○	月 ○	日 ○	日 ○	0：入院外 1：入院	至令和　年　月　日　日間	円

㋜ 診療の内容	診察・投薬・レントゲン	㋝ 療養の給付を受けることができなかった理由	補装具製作所が保険契約なきため

※

療養費の別						
1. 立替払い等	療養の原因（コード）		施術回数	回		
2. 治療用装具	治療用装具（コード）		支給種別	1 初回支給 2 補修 3 再支給	装着年月日	年　月　日
3. 生血	輸血回数		回			

支給回数	支給算出額	調整減額コード	調査先コード	海外表示	特別支給コード	（備考）
回	円			0. 国内 1. 海外		

令和　年　月　日提出

事業所担当者印	領収書
	金　円也領収いたしました。 令和　年　月　日 健康保険組合理事長殿 氏名

※ 受付日付印

支払金融機関の欄				
⑫	kenpo: 共同印刷㈱以外の方は健保から直接振込みますのでご記入下さい。	振　込	⑭ 預金種別	1：普　通 2：当　座 3：通　知 4：別　段
⑬ 金融機関コード				
⑮ 口座番号			○○○○○○○	

㋐			
○○	銀行 金庫 農協	○○	本店 支店
口座名義	共同　太郎		
フリガナ	キョウドウ　タロウ		

受取代理人の欄			
㋑ kenpo: 共同印刷㈱の方は給与に合算して支給の為、必ず委任状をご記入ください。	金に関する受領を代理人に委任します。		
	令和　○　年　○　月　○　日		
被保険者（申請者）	住所	△△県△△市△△町△－△－△	
	氏名	共同　太郎	
⑯ 代理人の氏名	(フリガナ) キョウドウインサツ（カブ）	㋒ 委任者と代理人との関係	
	共同印刷㈱	事業主	
代理人の住所	⑰ 郵便番号 112 － 8501	(フリガナ) トウキョウトブンキョウクコイシカワ	
	⑱ 所コード ※	東京都文京区小石川4-14-12	

領収（診療）明細書

患者名		傷病名	

入院外

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
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		回
投薬	内服 薬剤		単位
	内服 調剤	×	回
	屯服 薬剤		単位
	外用 薬剤		単位
	外用 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			回
	薬剤		回
手術・麻酔			回
	薬剤		回
検査			回
	薬剤		回
画像診断			回
	薬剤		回
その他	処方せん	×	回
	薬剤		回
合計			円

入院

初診	時間外・休日・深夜		
投薬	内服		単位
	屯服		単位
	外用		単位
	調剤		日
	麻毒		日
	調基		
射注	皮下筋肉内		回
	静脈内		回
	その他		回
処置			回
	薬剤		回
手術・麻酔			回
	薬剤		回
検査			回
	薬剤		回
画像診断			回
	薬剤		回
その他	薬剤		回
入院	入院年月日	年　月　日	
	病診衣	入院料	× 日間
			× 日間
			× 日間
		学管理料 入院時医	× 日間
			× 日間
			× 日間
			× 日間
	特定入院料・その他		
食事	基準		
			円× 日間
			円× 日間
			円× 日間
			円× 日間
合計			円

上記のとおり領収（診療）いたしました。

令和　　年　　月　　日

医師の　住所

氏名　　㊞

（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」の字句を消し、「診療証明書」として所定の事項を記入してください。

（添付書類についての注意）

(1) 歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書をつけてください。

(2) 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」をつけてください。

(3) 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られる医療担当者の証明書」及び「実費について領収証書」をつけてください。

(4) 海外における療養費の申請のときは、「領収内容明細書」及び「領収明細書」をつけてください。なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。