

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書

一部負担還元金・家族療養付加金

記入方法は記入例をご覧ください。

適正な給付決定処理を行うために個人情報を利用させていただきます。

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号	フリガナ 被保険者 (請求者) の氏名	続柄	生年月日 昭和 平成 年 月 日		
	被保険者 (請求者) の住所	郵便番号	-	電話	()		
		フリガナ					
	事業所の名称				電話	()	
	療養が被扶養者 に関するときは その者の	フリガナ			生年月日	昭和 平成 年 月 日	被保険者 との続柄
		氏名					
	傷病名				発病または傷病年月日		第三者行為に よるものですか
					令和 年 月 日	はい:いいえ (業務外・業務上)	
	発病または 負傷の原因 及びその経過						
	診療を受けた 病医院の	名称				担当した 医師氏名	
所在地							
診療の期間	令和 年 月 日	日間	入院・入 院外の別	入院の場合左記の入院期間		診療に要した費用	
	令和 年 月 日		入院 入院外	令和 年 月 日	日間	円	
診療の内容				療養の給付を 受けることが できなかった 理由			

給 付 金 の 受 け 取 り 方 法	支払先 および 支払方法	支払先	本人(請求者)に支払う				
	振込先金融機関 (口座名義を記 入してください)	支払方法	銀行振込				
		金融機関番号				金融機関名	
		支店番号				支店名	
		口座番号 (普通・当座)					
		フリガナ					
口座名義							

受付日付印

令和 年 月 日 提出

酒フーズ健康保険組合

診療報酬明細書 令和 年 月分

氏名	保険医療機関 の所在地 及び名称		
(男・女) 昭・平・令 年 月 日生			
傷病名	(1)	診療実日数	
	(2)	転 帰	
	(3)	治ゆ 死亡 中止	
診療開始日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日		
初 診	回	点	
再 診	再 診 × 回 外来管理加算 × 回 時 間 外 × 回 休 日 × 回 診 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 回 薬 剤		
投 薬	内服薬剤 単 内服調剤 × 回 ⑳ 頓服薬在 単 ㉑ 外用薬剤 単 外用調剤 × 回 ㉒ 処方 方 × 回 ㉓ 麻 毒 回 ㉔ 調 基 回		
⑳ 注射	㉕ 皮下筋肉内 回 ㉖ 静 脈 内 回 ㉗ その他 回		
④④ 処 置	回		
⑤⑤ 手 術	手術・麻酔剤 回		
⑥⑥ 検 査	検査剤 回		
⑦⑦ 画 像	画像・診断剤 回		
⑧⑧ 他	処方箋 回 そ の 他 回		
入院年月日	年 月 日	年 月 日	
入院	基 食 看 特 1	入院時基本診療料(室料・看護料・給食料) 点	
	普 食 看 特 2	食有 × 日間 食無 × 日間 特食 × 日間 医食 × 日間	
	基 食 看 特 3		
診療所	基 寝・衣 看 特 1	入院時医学管理料 × 日間	
	基 本 看 特 2	× 日間 × 日間	
その他			
食 事	⑨⑨ 食 事	請求 点 決定 点 負担金額 円 備考 認・3月起	
	円 × 日間		
	円 × 日間		
	円 × 日間		
合計	療養の給付 食事療養	円 点 円 点 円	
高額療養費	点	円	

左記診療報酬明細書に伴う領収書を添付してください。

次の場合には左記の診療報酬明細書は必要ありません。

- 1 歯科診療に関する申請のときは、別の診療報酬明細書と領収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「血液代金の領収書」をつけてください。
- 3 コルセット、ギブス、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に必要と認められる医療担当者の証明書」及び「領収書及び内訳」をつけてください。