

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
 家族 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 る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	記号 3819	フリガナ ケンポ マコト	生年月日		
		番号 38	被保険者 (請求者) の氏名 健保 誠	昭利 平成 45年 8月 16日		
	被保険者 (請求者) の住所	郵便番号 358 - 0021	電話 04 (8937) 0000			
		フリガナ サイタマケン イルマシ タカクラ				
		埼玉県入間市高倉 - -				
	事業所の名称	山河醸造株式会社		電話 03 (3905) 0000		
	療養が被扶養者 に関するときは その者の	フリガナ ケンポ エリ	氏名 健保 恵利	生年月日 昭利 平成 48年 9月 5日 令和	被保険者 との続柄 妻	
	傷病名	左足関節捻挫 左足挫傷		発病または傷病年月日 令和 3年 1月 26日	第三者行為に よるものですか はい (業務外 業務上)	
	発病または 不詳の原因 及びその経過	買い物のため外出中に、スーパーの階段で足を滑らせ転倒。 左足を強く捻ったため、歩けず近くの病院へ運ばれました。				
	診療を受けた 病医院の	名称 平山病院	所在地 埼玉県入間市東町 - -	担当した 医師氏名 前田 均		
診療の期間	令和 3年 1月 26日 1日間 令和 年 月 日	入院・入 院外の別 入院 入院外	入院の場合左記の入院期間 令和 年 月 日 日間 令和 年 月 日 日間	診療に要した費用 6,250 円		
診療の内容	レントゲン撮影 薬の処方		療養の給付を 受けることが できなかった 理由	扶養認定申請中であり、被保険者 証の交付を受けていなかったた め。		

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	
		支払方法 銀行振込	
	振込先金融機関 (口座名義を記 入してください)	金融機関番号	金融機関名 銀行
		支店番号	支店名 支店
		口座番号 (普通 当座)	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
		フリガナ	ケンポ マコト
口座名義		健保 誠	

受付日付印

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)	診療開始日	(1) 年 月 日	診療実日数
	(2)		(2) 年 月 日	
	(3)		(3) 年 月 日	
		転 帰		
		治ゆ	死亡	中止
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 その他		回	
投 薬	内服薬剤		単	
	内服調剤	×	回	
	⑳ 頓服薬		単	
	㉑ 外用薬剤		単	
	外用調剤	×	回	
	㉕ 処方	×	回	
	㉖ 麻 毒		回	
㉗ 調 基				
⑳ 注射	㉑ 皮下筋肉内		回	
	㉒ 静脈内		回	
	㉓ 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 処 方	処方箋		回	
⑨⑨ 他	その他		回	
入院	入院年月日	年 月 日	年 月 日	
	入院時基本診療料(室料・看護料・給食料)	点		
病 食	看 1	食有	×	日間
	看 3	食無	×	日間
	看 2	特食	×	日間
院 普 食	看 2	医食	×	日間
	看 3			
	看 1			
診 療 所	基 本 看	入院時医学管理料	×	日間
	基 本 看		×	日間
その他			×	日間
⑨⑨ 食 事	請求	決定	負担金額	備考
	円 × 日間	点	点	円 認・3月起
	円 × 日間			
	円 × 日間			
合計	療養の給付	食事療養		薬剤一部負担金額
円 × 日間	日 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。