

「療養費支給申請書」

記入にあたり注意していただく事項

1. 標題の「被保険者」・「家族」の文字は、いずれか該当する方を で囲んでください。
2. 標題の「被保険者」の文字を で囲んだときは、 ・ ・ 欄に「該当せず」と記入してください。
3. 診療を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合は、 の欄は そのように読み替えて記入してください。
4. の欄は、該当する番号を で囲んでください。
5. の欄は、被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。
6. 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」をこの書類に添付してください。
7. 給付金の受領を他人に委任するときは、 の受領代理人の欄に必要事項を記入し、振込希望銀行の欄に受領代理人名義の口座を記入してください。

健康保険被保険者家族療養費支給申請書 (回目)
(立替払等、治療用装具、生血)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		被保険者(申請者)の氏名と印		フリガナ		生年月日	
							昭和 平成 年 月 日	
	事業所の		名称		所在地			
			所在地					
	被保険者(申請者)の住所		〒					
	療養が被扶養者に関するときはその者の		氏名		生年月日		被保険者との続柄	
					昭和 平成 年 月 日			
	傷病名		コルセットの装着年月日		発病又は負傷年月日(療養開始日)			
			平成 年 月 日		平成 年 月 日			
	発病又は負傷の原因及びその経過				第三者行為によるものですか		1.いいえ 2.はい	
診療を受けた病院等		名称		診療した医師氏名				
		所在地						
診療の期間(支給期間)		自 年 月 日 日数		入院・入院外の別		入院の場合の左記の入院期間		
		至 年 月 日 日		1:入院 2:入院外		自 年 月 日 日間 至 年 月 日 日間		
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				
振込希望銀行		銀行		預金種目		普通 総合		
		支店出張所		口座番号(右づめで記入)		当座		
		口座名義人		フリガナ				

受 取 代 理 人 の 欄	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。 平成 年 月 日						
	被保険者住所 〒						
	(請求者) 氏名						
	代理人住所 〒						
		氏名					
振込希望銀行		銀行		支店出張所		預金種目	
		口座番号(右づめで記入)		フリガナ		普通 総合	
				口座名義人		当座	

平成 年 月 日請求
受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

民間放送健康保険組合

医師が証明する欄

立替払用

領収(診療)明細書

(月 日から 月 日までの分)

患者名			傷病名		
入院外			入院		
初診	時間外・休日・深夜	回	初診	時間外・休日・深夜	回
再診	再診	×	投薬	内服	単位
	外来管理加算	×		頓服	単位
	時間外	×		外用	単位
	休日	×		調剤	日
	深夜	×	麻酔	日	
指導			毒基		
在宅	往診	回	注射	皮下筋肉内	回
	夜間	回		静脈内	回
	深夜・緊急	回		その他	回
	在宅患者訪問診療	回		処置	回
	その他	回	薬剤	回	
	薬剤	回	手術・麻酔	回	
投薬	内服	×	検査	薬剤	回
	調剤	×		薬剤	回
	頓服	×		薬剤	回
	外用	×		画像診断	回
	処方	×	その他	回	
	麻酔	回	入院	入院年月日	年 月 日
	調剤	回	入院	病 診 衣	× 日間
	調剤	回		入院料	× 日間
	調剤	回		入院時医学管理料	× 日間
	調剤	回			× 日間
	調剤	回			× 日間
注射	皮下筋肉内	回	特定入院料・その他		
	静脈内	回	基準		
	その他	回	円×	日間	
処置	薬剤	回	円×	日間	
手術・麻酔	薬剤	回	円×	日間	
検査	薬剤	回	円×	日間	
画像診断	薬剤	回	円×	日間	
その他	処方せん	×	円×	日間	
	薬剤	回	円×	日間	
合計	円		合計	円	

上記のとおり領収(診療)いたしました。 平成 年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
医療機関の電話番号
医師名