

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)
 家 族 (立替払等、治療用装具、生血)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	㉗ 被 保 険 者 等 ※				㉘ 被 保 険 者 の 生 年 月 日					
	記 号		番 号		昭和 平成	年	月	日		
	—		—							
	㉙ 被 保 険 者 (申請者) の 氏 名	(フリガナ)			㉚ 事 業 所 の 名 称	所 在 地				
		〒				都 道 府 県				
	㉛ 被 保 険 者 (申請者) の 住 所	都 道 府 県			電 話 ()					
		療養が被扶養者に 関するときは その方の		㉜ 被 扶 養 者 の 氏 名		㉝ 被 扶 養 者 の 生 年 月 日		㉞ 被 保 険 者 と の 続 柄		
					昭和 平成 令和	年	月	日		
	㉟ 傷 病 名				㊱ 発 病 又 は 負 傷 年 月 日 (療 養 開 始 日)					
					年 月 日					
㊲ 発 病 (負 傷 の 場 合 は、裏 面 ㊳ 記 入 し て く だ さ い) の 原 因 お よ び 経 過				㊴ 第 三 者 の 行 為 に よ る も の で す か						
				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <small>「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を出してください。</small>						
診 療 を 受 け た 病 院 等 の	㊵ 名 称		㊶ 所 在 地		㊷ 診 療 し た 医 師 の 氏 名					
㊸ 診 療 の 期 間 (支 給 期 間)		㊹ 入 院 ・ 入 院 外 の 別		㊺ 入 院 の 場 合、左 記 の 入 院 期 間		㊻ 診 療 に 要 し た 費 用 の 額				
自	年	月	日	日 数	自	年	月	日	日 数	円
至	年	月	日	日	至	年	月	日	日	
㊼ 診 療 の 内 容				㊽ 診 療 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由						

㊾ 委 任 状	療養費の受領を				㊿ に委任します。			
	令和 年 月 日							
	被保険者 (請求者) 氏名				㊿			

公 金 受 取 口 座		☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑、しない場合は下記の欄を記入。)					
㊽ 退 職 者 用 振 込 先	銀 行 名	銀行・農協 金庫・信組		本 店 支 店	種 別	普 通 ・ 当 座	通 帳 番 号
	口 座 名 義	(フリガナ)					

※マイナンバー記載欄

--

※記号番号がわからない場合のみ記入してください。

令和 年 月 日 提出



領収（診療）明細書

（ 月 日から 月 日までの分）

患者名	昭和 平成 令和	年 月 日生	病 名																						
診 察 料	初 診	時間外・深夜		円	診療実日数	転 帰																			
	再 診	<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr><td style="font-size: 2em;">{</td><td>時 間 内</td><td>回</td></tr> <tr><td>時 間 外</td><td>回</td></tr> <tr><td>深 夜</td><td>回</td></tr> </table>	{	時 間 内	回	時 間 外	回	深 夜	回			治 癒	死 亡	中 止											
	{	時 間 内	回																						
	時 間 外	回																							
	深 夜	回																							
	往 診	<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr><td style="font-size: 2em;">{</td><td>普 通</td><td>km</td><td>回</td></tr> <tr><td>夜 間・難 路</td><td>km</td><td>回</td></tr> <tr><td>深 夜</td><td></td><td>回</td></tr> <tr><td>暴 風 雨</td><td></td><td>回</td></tr> <tr><td>雪</td><td></td><td>回</td></tr> <tr><td>同 一 家 屋</td><td></td><td>回</td></tr> </table>	{	普 通	km	回	夜 間・難 路	km	回	深 夜		回	暴 風 雨		回	雪		回	同 一 家 屋		回				
{	普 通	km	回																						
夜 間・難 路	km	回																							
深 夜		回																							
暴 風 雨		回																							
雪		回																							
同 一 家 屋		回																							
指 導 料			円																						
投 薬 料	内 服		円																						
	頓 服																								
	外 用 剤																								
	調 剤																								
注 射 料	皮下筋肉内		円																						
	静 脈 内																								
	そ の 他																								
レ ン ト ゲ ン 料			円																						
	透 視 剤																								
	造 影 剤																								
処 置 ・ 手 術 料			円																						
	材 料																								
	麻 酔 剤																								
入 院 料	自 月 日 至 月 日 日間		円																						
	給食																								
	無食																								
	その他（ ）																								
	入院年月日 令和 年 月 日																								
そ の 他			円																						
合 計			円																						
上記のとおり領収(診療)いたしました。				令和 年 月 日																					
医療機関の所在地 名称 医師の氏名																									
				電話 ()																					

(注意事項)

1. 領収（診療）明細書の右側余白に薬剤および注射薬の名称と数量を記入してください。
2. 歯科診療の場合は、別に領収（診療）明細書を作成してください。
3. 輸血およびコルセット等治療用具に関する申請のときは、「治療のため必要と認める旨の証明書」を交付してください。
この場合、上の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。

負傷原因記入欄 初回申請時のみ記入してください。

⑧ 負傷の原因について記入してください（該当する□にチェック☑してください。）	
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	<p>[負傷日時・場所等]</p> <p>1. いつケガ（負傷）をしましたか。</p> <p>令和 年 月 日（ 曜日） □午前/□午後 時 分頃</p> <p>2. ケガ（負傷）をした日は次のうちどの日でしたか。</p> <p>□出勤日 □休日（定休日・休暇含む） □その他（ ）</p> <p>3. ケガ（負傷）をした時は次のうちの時間帯でしたか。</p> <p>□勤務時間中 □通勤途中（□出勤/□退勤） □出張中 □私用 □その他（ ）</p> <p>4. ケガ（負傷）をした場所はどこでしたか。</p> <p>□会社内 □道路上 □自宅 □学校 □その他（ ）</p> <p>5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。</p> <p>□交通事故 □暴力（ケンカ） □スポーツ中 （□職場の行事/□職場の行事以外/ □部活クラブ活動中） □動物による負傷（飼い主 □有/□無） □あてはまらない</p> <p>6. ケガをした場所が学校の場合、スポーツ保険に該当していますか。</p> <p>□はい □いいえ</p>
	<p>7. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。</p> <p>相手 □有→ { □あなたは被害者 □あなたは加害者 □無</p> <p>※相手のいる負傷の場合は、「第三者行為による傷病届」が必要となります。</p> <p>[受診した医療機関]</p> <p>8. 診療を受けた医療機関名とその期間等</p> <p>医療機関名 _____ 令和 年 月 ~ 令和 年 月 □治癒/□治療中</p> <p>医療機関名 _____ 令和 年 月 ~ 令和 年 月 □治癒/□治療中</p> <p>9. 負傷したときの状況（原因）を具体的に記入してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p>10. 被保険者が代表取締役等役員の方の場合、労災保険に特別加入していますか。</p> <p style="text-align: right;">□加入有/□加入無</p>

【記入上の注意】

1. 申請書の「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. 記入した字句を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と㊦の方の氏名（サイン）を記入してください。
3. ㊧および㊨欄で傷病の原因が「第三者の行為によるものである場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。
4. ㊧および㊨欄で傷病の原因が「第三者の行為以外による外傷性である場合は、㊩欄「負傷原因について」を記入してください。
5. ㊪欄の給付金受領代理人印は、届出印を使用してください。
6. 退職後に申請する方で、受領委任を希望されない方は、㊫欄を記入してください。
7. 輸血およびコルセット等治療用装具に関する申請の場合は、医師が「治療のため必要と認める旨の証明書」と領収書(原本)を添付してください。
8. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。