

右の欄には何も記入しないでください

|               |                       |     |  |     |       |   |   |   |   |   |
|---------------|-----------------------|-----|--|-----|-------|---|---|---|---|---|
| 本件支給決定してよろしいか | 常務理事                  | 事務長 |  | 担当者 | 支給決定額 |   |   |   |   |   |
|               |                       |     |  |     |       | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
| 支給期間          | 自 年 月 日<br>至 年 月 日 日間 |     |  |     | 備考    |   |   |   |   |   |
| 資格関係          | 年 月 日 取得<br>年 月 日 喪失  |     |  |     |       |   |   |   |   |   |

# 領 収 書 (診療内訳書)

¥ \_\_\_\_\_

|                       |         |           |                  |                               |  |
|-----------------------|---------|-----------|------------------|-------------------------------|--|
| 患者氏名                  |         |           |                  | 年 月 日生                        |  |
| 傷病名                   |         |           | 診療期間             | 年 月 日から<br>年 月 日まで<br>診療実日数 日 |  |
| 療 養 に 要 し た 費 用 の 内 訳 |         |           |                  |                               |  |
| 診療の内訳                 |         |           | 点数               | 単価                            |  |
| ① 診察料                 | ①初診     | 時間外・休日・深夜 | 回                |                               |  |
|                       | 再診      |           | 回                |                               |  |
|                       | ①② 内科再診 |           | 回                |                               |  |
|                       | 再 初回再診  |           | 回                |                               |  |
|                       | 時間外休日   |           | 回                |                               |  |
|                       | 深夜      |           | 回                |                               |  |
|                       | ①③往診    | 普通・夜間・深夜  | 回                |                               |  |
|                       | ②投薬量    | ①内服       |                  | 回                             |  |
|                       |         | ②屯服       |                  | 回                             |  |
|                       |         | ③外用       |                  | 回                             |  |
| 麻薬・毒薬加算               |         |           |                  |                               |  |
| ③注射料                  | ①皮下筋肉内  |           | 回                |                               |  |
|                       | ②静脈内    |           | 回                |                               |  |
|                       | ③その他    |           | 回                |                               |  |
| ④処置料                  |         |           | 回                |                               |  |
|                       | 薬剤      |           | 回                |                               |  |
| ⑤麻酔・手術                |         |           | 回                |                               |  |
|                       | 薬剤      |           | 回                |                               |  |
| ⑥検査                   |         |           | 回                |                               |  |
|                       | 薬剤      |           | 回                |                               |  |
| ⑦レントゲン                |         |           | 回                |                               |  |
|                       | 薬剤      |           | 回                |                               |  |
| ⑧その他                  | 処方箋     |           | 回                |                               |  |
|                       |         |           |                  |                               |  |
| 合 計                   |         |           |                  | 円                             |  |
| 入院年月日                 |         |           | 年 月 日            |                               |  |
| ⑨ 入院料                 | 病室      | 基食 看特2    | 入院料 (室料・看護料・給食料) | 食 有 × 日間                      |  |
|                       |         | 普食 看特1    | 食 無 × 日間         | 特 食 × 日間                      |  |
|                       | 診療所     | 基食 看1     | 医 食 × 日間         | 外室料・看護料 × 日間                  |  |
|                       |         | 看2        | 泊室料 × 日間         | 入院時医学管理料 × 日間                 |  |
|                       | 看3      |           | × 日間             |                               |  |
| その他                   |         |           |                  |                               |  |

上記のとおり領収しました

年 月 日

医療機関の所在地

名称

開設者氏名

〒

㊤



## 健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書

|                       |                     |   |   |
|-----------------------|---------------------|---|---|
| ① 被保険者証の記号番号          | 記号                  | 番号  | ②事業所の名称                                     |
| ③被保険者の氏名              |                     | ④家族療養費の申請の場合は、その者の氏名 生年月日 被保険者との続柄  |   |
| ⑤被保険者の現住所・電話番号        |                     |   |   |
| 〒 ( )                 |                     |   |   |
| ⑥傷病名                  | ケガ 病気               | ⑦発病・負傷(ケガ)の原因<br>いつ 年 月 日<br>どこで  | ⑧何をしていた、どのように負傷したか<br>私用中・勤務中・通勤途中・交通事故・その他 |
| ⑨診療を受けた期間             | ⑩器具・コルセットを装着した日     |   |   |
| 年 月 日から<br>年 月 日まで 日間 | 年 月 日 装着<br>通院中 入院中 |   |   |
| ⑪診療を受けた医療機関の名称・所在地    |                     | ⑬療養の給付を受けることができなかった理由   |   |
| 名称<br>所在地             |                     | ア 治療用器具の装着費用<br>イ 他制度で受診<br>(国保・協会けんぽ・その他 / )<br>ウ 自費で受診(国内)<br>保険診療できなかった理由<br>( ) |   |
| ⑫診療・器具等に要した金額         | 円                   |   |   |
| ⑭振込先                  | 銀行・農協               | 本店・支店   | 預金種目  |
|                       | 信用金庫                | 出張所   | 普通 当座                                       |
|                       | 信用組合                | 支所  |   |
| 口座番号                  | フリガナ                |   |   |
|                       | 口座名義                |   |   |
| ⑮委任状                  | 私は、本請求に基づく給付金の受領を   |   |   |
|                       | 住所 _____            | 氏名 _____ に委任します。  |   |
|                       | 年 月 日               | 被保険者氏名 _____  | 支給日   |

## 記入するときの注意事項

- 記入するときは、鉛筆は使用しないでください。
- 記入もれのないように注意してください。
- 別途、必要書類等の提出をもとめる場合があります。
- 訂正したところは、それぞれに訂正印を押してください。

## 被保険者が記入するところ

- ①③欄 健康保険証に記載されている記号番号と被保険者氏名を記入してください。
- ②欄 被保険者の勤務先の事業所名を記入してください。
- ④欄 家族療養費の申請の場合にのみ記入してください。
- ⑤欄 必ず郵便番号から記入してください。
- ⑥欄 診療を受けたり、装具を装着したりする原因となった傷病名を記入し、ケガ・病気のいずれか該当するほうを○で囲んでください。
- ⑦⑧欄 ⑥でケガに○をした場合
- ⑦にケガをした日時と場所、⑧に何をしているときにケガをしたのか○で囲み、その下の空欄にケガをしたときの状況・ケガをした理由について、できるだけ詳しく記入してください。
- ⑥で病気に○をした場合
- ⑦にいつ頃発症したのかを記入し、発病の原因がわかれば、⑧に原因を記入してください。発症の時期、発病の原因がわからない場合は不詳と記入してください。
- ⑨欄 診療・手当を受けた期間と、その期間中に実際に診療を受けた日数を記入してください。
- ⑩欄 治療用装具・コルセット等を装着した場合のみ、装着日を記入してください。
- ⑪欄 診療・手当を受けた医療機関の名称・所在地を記入してください。
- ⑫欄 治療用装具・コルセット等を装着した場合はその代金として支払った金額  
国保や他の健康保険へ無資格期間に係る医療費を返納した場合はその返納金額  
自費で診療を受けた場合はその際に支払った金額
- ⑬欄 療養費支給申請をすることになった理由を○で囲んでください。  
ウ、オを○で囲んだ場合は健康保険扱いができなかった理由を詳しく記入してください。
- ⑭⑮欄 被保険者名義の口座に振込を希望される場合は⑮欄は空欄のままです。  
代理人名義の口座に振込を希望される場合は、⑮欄に代理人の住所・氏名を記入し、被保険者が署名・捺印してください。

## 申請に必要な添付書類

- ①治療用装具・コルセット等を装着した場合
- 治療上、装具の装着を必要と認めた医師の意見書と装具装着証明書（原本）
  - 装着した装具の内訳
  - 支払った代金の領収書（原本）
- ②国民健康保険（市町村）や協会けんぽ（全国健康保険協会）等へ無資格期間に係る医療費を返納した場合
- 国民健康保険（市町村）や協会けんぽ等に返納した金額の領収書（原本）
  - 返納の際、市町村や協会けんぽ等から受け取った書類、封筒（開封厳禁）等
- ③やむをえず自費（国内）で診療を受けた場合
- 診療を受けた医療機関で、申請書右面の領収書（診療内訳書）に診療内容を記載してもらい、診療費用を支払った旨の証明をもらってください。  
但し、医療機関から上記の証明に代えて別の証明書の交付を受けた場合は次の書類を添付してください。
- ◎ 診療の内容に関する証明書（原本）
  - ◎ 支払った診療費用の領収書（原本）
- ④やむをえず自費（海外）で診療を受けた場合
- 診療内容明細書（原本）
  - 領収明細書（原本）
  - 領収書（原本）
  - 旅券、航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し（パスポート、航空券、ビザ等）
  - 海外療養の内容について当該海外療養を担当した者に照会することに関する当該海外療養を受けた者の同意書
- 診療内容明細書が外国語で作成されている場合は、第3者による日本語の翻訳文を添付してください。  
歯科治療の場合は、別途、歯科用の証明書も必要になります。

## その他の注意事項

- ◎後期高齢者医療制度による医療を受けられる場合は、健康保険でこの給付は行いません。
- ◎被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、申請書の余白へ記載してください。（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための身分証などの添付書類が必要です。）

Request to Attending Physician  
担当医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.  
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the attending physician.  
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
- One form for each month and one form for hospitalization /outpatient (home visit) should be filled out.  
各月毎、入院、入院外毎に付き、この様式1枚が必要です。

Form A Attending Physician's Statement  
様式 A 診療内容明細書

|  |  |                               |              |
|--|--|-------------------------------|--------------|
| 1. Name of Patient (Last,First)<br>患者名   | _____  |                               |              |
| Age (Date of Birth)<br>年齢 (生年月日)   | _____  | Sex (Male・Female)<br>性別 (男・女) | _____        |
| 2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form).<br>傷病名および健康保険用国際疾病分類番号 (付録参照) | _____  |                               | (NO. ) _____ |
| 3. Date of First Diagnosis :<br>初診日  | _____ ,  | 20                            | _____        |
| 4. Day of Diagnosis and Treatment :<br>診療日数  | _____  | days                          | 日間           |
| 5. Type of Treatment :<br>治療の分類  | <input type="checkbox"/> Hospitalization : From _____ , _____ to _____ , 20 ( days)<br>入院 自 _____ , _____ 至 _____ , 20 ( 日間)   |                               |              |
|  | <input type="checkbox"/> Outpatient or Home Visit : _____ , _____ , 20<br>入院外  |                               |              |
| 6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要  | _____  |                               |              |
| 7. Prescription, operation and any other treatments (in brief) 処方、手術その他の処置の概要  | _____  |                               |              |
| 8. Was the treatment required as a result of an accidental injury ?<br>治療は事故の傷害によるものですか。   | Yes <input type="checkbox"/>   | No <input type="checkbox"/>   | はい いいえ       |
| 9. Itemized Amounts paid to Hospital &/or Attending Physician : Fill in form B<br>項目別治療実費  | 様式Bによる   |                               |              |
| 10. Name and Address of Attending Physician<br>担当医の名前および住所   | Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____<br>Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____<br>Office 病院または診療所 _____ Phone 電話 _____<br>Date 日付: _____ Signature 署名: _____<br>_____<br>Attending Physician 担当医 |                               |              |
|  | Reference Number of your Medical Report (if applicable)<br>診療所の記録番号 _____  |                               |              |

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic  
担当医または病院事務長へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.  
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic  
この様式は担当医または病院の事務長が書き、かつ署名してください。
- One form for each month and one form for hospitalization /outpatient (home visit) should be filled out.  
各月毎、入院、入院外毎に付き、この様式1枚が必要です。
- If not in dollars, please specify the unit used.  
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

Form B Itemized Receipt  
様式 B 領収明細書

|   |                       |                         |                |          |
|---|-----------------------|-------------------------|----------------|----------|
| (1) Fee for Initial Office Visit  | 初診料                   | \$ _____                |                |          |
| (2) Fee for Follow-up Office Visit  | 再診料                   | \$ _____                |                |          |
| (3) Fee for Home Visit  | 往診料                   | \$ _____                |                |          |
| (4) Fee for Hospital Visit  | 入院管理料                 | \$ _____                |                |          |
| (5) Hospitalization   | 入院費                   | \$ _____                |                |          |
| (6) Consultation  | 診察費                   | \$ _____                |                |          |
| (7) Operation   | 手術費                   | \$ _____                |                |          |
| (8) Professional Nursing  | 職業看護婦費                | \$ _____                |                |          |
| (9) X-Ray Examinations  | X線検査費                 | \$ _____                |                |          |
| (10) Laboratory Tests   | 諸検査費                  | \$ _____                |                |          |
| (11) Medicines  | 医薬費                   | \$ _____                |                |          |
| (12) Surgical Dressing  | 包帯費                   | \$ _____                |                |          |
| (13) Anesthetics  | 麻酔費                   | \$ _____                |                |          |
| (14) Operating Room Charge  | 手術室費用                 | \$ _____                |                |          |
| (15) Others (Specify)   | その他(項目明記)             | \$ _____                | \$ _____       | \$ _____ |
|   |                       | Unit is _____<br>(貨幣単位) |                |          |
| (16) Total  | 合計                    | \$ _____                |                |          |
| Important : Exclude any irrelevant costs to the treatment, i.e., payment for private / deluxe room.<br>注意 : 特別室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。 |                       |                         |                |          |
| Name and Address of Attending physician / Superintendent of Hospital or Clinic<br>担当医または病院事務長の名前および住所                                   |                       |                         |                |          |
| Name 名前 :   | Last 姓 _____          | First 名 _____           | Title 称号 _____ |          |
| Address 住所 :  | Home 自宅 _____         | Phone 電話 _____          |                |          |
|   | Office 病院または診療所 _____ | Phone 電話 _____          |                |          |
|   | Date 日付: _____        | Signature 署名: _____     |                |          |

Table of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance  
健康保険用国際疾病分類表

- 1 Infectious and Parasitic Diseases  
感染症及び寄生虫症
  - 1 Intestinal infectious diseases  
腸管感染症
  - 2 Tuberculosis  
結核
  - 3 Viral diseases accompanied by exanthem  
発疹を伴うウイルス疾患
  - 4 Viral hepatitis  
ウイルス肝炎
  - 5 Other Viral diseases  
その他のウイルス疾患
  - 6 Syphilis and other venereal diseases  
性病
  - 7 Mycoses  
真菌症
  - 8 Others  
その他の感染症および寄生虫症
- 2 Neoplasms  
新生物
  - 9 Malignant neoplasm of stomach  
胃の悪性新生物
  - 10 Malignant neoplasm of small intestine, colon and rectum  
小腸、結腸、および直腸の悪性新生物
  - 11 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung  
気管、気管支および肺の悪性新生物
  - 12 Malignant neoplasm of female breast  
女性乳房の悪性新生物
  - 13 Malignant neoplasm of uterus  
子宮の悪性新生物
  - 14 Leukaemia  
白血病
  - 15 Malignant neoplasm of other and unspecified sites  
その他および部位不明の悪性新生物
  - 16 Other neoplasm  
その他の新生物
- 3 Endocrine, Nutritional and Metabolic Diseases and Immunity Disorders  
内分泌、栄養および代謝疾患ならびに免疫障害
  - 17 Disorders of thyroid gland  
甲状腺の疾患
  - 18 Diabetes mellitus  
糖尿病
  - 19 Gout  
痛風
  - 20 Others  
その他の内分泌、栄養および代謝疾患ならびに免疫障害
- 4 Diseases of Blood and Blood Forming Organs  
血液および造血器の疾患
  - 21 Anaemias  
貧血
  - 22 Others  
その他の血液および造血器の疾患
- 5 Mental Disorders  
精神障害
  - 23 Senile and presenile organic psychotic conditions  
老年期および初老期の器質性精神病
  - 24 Schizophrenic psychoses  
精神分裂病
  - 25 Affective psychoses  
躁うつ病

- 26 Other psychoses  
その他の精神病
- 27 Neurotic disorders  
神経症
- 28 Alcohol dependence syndrome  
アルコール依存
- 29 Other nonpsychotic mental disorders  
その他の非精神病性精神障害
- 30 Mental retardation  
精神薄弱
- 6 Diseases of the Nervous System and Sense Organs  
神経系および感覚器の疾患
  - 31 Disorders of autonomic nervous system  
自律神経障害
  - 32 Infantile cerebral palsy and other paralytic syndromes  
脳性小児麻痺およびその他の麻痺性症候群
  - 33 Epilepsy  
てんかん
  - 34 Other diseases of central nervous system  
その他の中枢神経系の疾患
  - 35 Disorders of peripheral nervous system  
末梢神経系の傷害
  - 36 Cataract  
白内障
  - 37 Conjunctivitis  
結膜炎
  - 38 Other disorders of eye  
その他の眼の疾患
  - 39 Otitis media  
中耳炎
  - 40 Other disorders of ear  
その他の耳の疾患
- 7 Diseases of the Circulatory system  
循環系の疾患
  - 41 Rheumatic fever and rheumatic heart disease  
リウマチ熱およびリウマチ性心疾患
  - 42 Hypertensive disease  
高血圧性疾患
  - 43 Ischemic heart disease  
虚血性心疾患
  - 44 Other forms of heart disease  
その他の心疾患
  - 45 Subarachnoid and intracerebral haemorrhage  
脳貧血
  - 46 Occlusion of precerebral and Cerebral arteries  
脳梗塞
  - 47 Other cerebrovascular disease  
その他の脳血管疾患
  - 48 Atherosclerosis  
じゆく状硬化症
  - 49 Other disorders of circulatory system  
その他の循環系の疾患
- 8 Diseases of the Respiratory system  
呼吸系の疾患
  - 50 Acute respiratory infections  
急性上気道感染
  - 51 Acute bronchitis and bronchiolitis and bronchitis, not specified as acute or chronic  
急性および詳細不明の気管支炎
  - 52 Chronic sinusitis  
慢性副鼻腔炎

- 53 Allergic rhinitis  
アレルギー性鼻炎
- 54 Pneumonia  
肺炎
- 55 Influenza  
インフルエンザ
- 56 Chronic bronchitis  
慢性気管支炎
- 57 Asthma  
喘息
- 58 Other diseases of respiratory system  
その他の呼吸系の疾患
- 9 Diseases of the Digestive System  
消化系の疾患
  - 59 Diseases of teeth and supporting structures  
歯および歯の支持組織の疾患
  - 60 Gastric and duodenal ulcer  
胃および十二指腸潰瘍
  - 61 Gastritis and duodenitis  
胃炎および十二指腸炎
  - 62 Appendicitis  
虫垂炎
  - 63 Hernia and intestinal obstruction  
腸閉塞およびヘルニア
  - 64 Liver cirrhosis  
肝硬変
  - 65 Chronic liver disease  
慢性肝炎
  - 66 Other disorders of liver  
その他の肝の疾患
  - 67 Cholelithiasis and gallbladder  
胆石および胆のう炎
  - 68 Other diseases of digestive system  
その他の消化系の疾患
- 10 Diseases of the Genitourinary System  
泌尿生殖系の疾患
  - 69 Nephritis and nephrosis  
腎炎およびネフローゼ
  - 70 Renal failure  
腎不全
  - 71 Calculus of urinary system  
泌尿系の結石
  - 72 Other diseases of urinary system  
その他の泌尿系の疾患
  - 73 Hyperplasia of prostate  
前立腺肥大症
  - 74 Other disorders of male genital organs  
その他の男性生殖器の疾患
  - 75 Menopausal and postmenopausal disorders  
月経障害及び閉経期の傷害
  - 76 Other disorders of breast and female genital organs  
乳房およびその他の女性生殖器の疾患
- 11 Complications of Pregnancy, Childbirth and the Puerperium  
妊娠、分娩および産じよくの合併症
  - 77 Pregnancy with abortive outcome  
流産
  - 78 Hypertension complicating pregnancy and excessive vomiting in pregnancy  
妊娠中毒症
- ※ 79 Delivery in a completely normal case  
正常分娩
- 80 Others  
その他の妊娠、分娩および産じよくの合併症

- 12 Diseases of the skin and Subcutaneous Tissue  
皮膚および皮下組織の疾患
  - 81 Infections of skin and subcutaneous tissue  
皮膚および皮下組織の感染
  - 82 Others  
その他の皮膚および皮下組織の疾患
- 13 Diseases of the Musculoskeletal System and Connective Tissue  
筋骨格系および結合組織の疾患
  - 83 Rheumatoid arthritis and other inflammatory polyarthropathies  
慢性関節リウマチ(脊椎を除く)
  - 84 Osteoarthritis and allied disorders  
変形性関節症および類似症
  - 85 Disorder of back  
腰痛症
  - 86 Other dorsopathies  
その他の脊柱疾患
  - 87 Peripheral enthesopathies and allied syndromes  
肩の傷害
  - 88 Others  
その他の筋骨格系および結合組織の疾患
- 14 Congenital Anomalies  
先天異常
  - 89 Congenital anomalies of heart  
心臓の先天異常
  - 90 Congenital musculoskeletal deformities  
先天性股関節脱臼
  - 91 Others  
その他の先天異常
- 15 Certain Conditions Originating in the perinatal period  
周産期に発生した主要病態
  - 92 Slow fetal growth and fetal malnutrition and disorders relating to short gestation and unspecified low birth weight  
胎児発育遅延、胎児栄養失調症および未熟児
  - 93 Others  
その他の周産期に発生した主要病態
- 16 Symptoms, Signs and Ill-defined Conditions  
症状、徴候および診断名不明確の状態
  - 94 Symptoms, Signs and ill-defined Conditions  
症状、徴候および診断名不明確の状態
- 17 Injury and Poisoning  
損傷および中毒
  - 95 Fracture  
骨折
  - 96 Intracranial injury, internal injury and injury to nerves and spinal cord  
脊髄を含む頭蓋内および内部損傷
  - 97 Burns  
熱傷
  - 98 Poisoning by drugs, medicaments and biological substances  
化学物質の有害作用
  - 99 Others  
その他の損傷および中毒

Important : No.79 with asterisk is not covered by social insurance.  
79番(※印)は健康保険は適用されません。