

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 年 月 日まで 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	金額
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		
	診 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		
⑦レントゲン		回		
⑧その他	処方箋	回		
合 計				円
				⑨ 入院年月日 年 月 日
				基食 看特2 入院料(室料・看護料・給食料)
				普食 看特1 食有 × 日間
				基食 看1 食無 × 日間
				基食 看1 特食 × 日間
				基食 看2 医食 × 日間
				基食 看2 外室料・看護料 × 日間
				基食 看3 泊室料 × 日間
				基食 看3 入院時医学管理料 × 日間
				その他 × 日間

上記のとおり領収しました

医療機関の所在地

年 月 日

名称

開設者氏名

TEL

㊤

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 至 年 月 日 日間				備 考					
資格関係	年 月 日 取得 年 月 日 喪失									

受付印

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書

① 被 保 険 者 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	⑦ 発 病 ・ 負 傷 (ケガ) の 原 因	⑧ 何 を し て い て 、 ど の よ う に 負 傷 し た か	
	ケガ 病気	いつ 年 月 日 どこで	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 装 具 ・ コ ル セ ッ ト を 装 着 し た 日	
年 月 日 から 年 月 日 まで 日間		年 月 日 装着 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 所在地		ア 治 療 用 装 具 の 装 着 費 用 イ 他 制 度 で 受 診 (国保・協会けんぽ・その他/) ウ 自 費 で 受 診 (国内) 保 険 診 療 で き な か っ た 理 由 () エ 自 費 で 受 診 (海外/国名) オ その他 ()	
⑫ 診 療 ・ 装 具 代 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 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

- ①欄 健康保険情報が確認できるもの（資格情報のお知らせ・資格確認書・マイナポータルなど）で記号番号を確認し記入してください。
- ②欄 被保険者の勤務先の事業所名を記入してください。
- ③欄 被保険者の氏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欄は空欄のままで結構です。
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。

2024.12 改

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）
 - 靴型装具の場合は当該装具の写真（患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの）
- 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。）