

*支給対象額	円	備考	療養費の区分			
一部負担額	円		3	6	7	9
支給額	円		自費	装具	鍼灸	生血

健康保険 被保険者家族 療養費支給申請書

被保険者が記入するところ	① 被保険者の証	記号	番号	② 被保険者の氏名と印	印			
	③ 被保険者の生年月日	昭和 平成	年	月	日	住所		
	④ 事業所の名称							
	⑤ 申請が被扶養者に関するときはその者の氏名	氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日	被保険者との続柄
	⑥ 傷病名				⑦ 第三者行為によるものですか	1: はい 2: いいえ		
	⑧ 発病又は負傷の原因	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃 負傷・発病 どこで 何をしていた どのようにして 負傷(発病)したか						
	⑨ 診療を受けた病院等の名称	① 名称	⑩ 診療した医師名		⑪ 所在地			
	⑩ 診療の期間(支給期間)	自平成 年 月 日	日数	⑪ 診療に要した費用の額				
	⑫ 入院・入院外別の別	1: 入院 2: 入院外	⑬ 入院の場合は入院期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで			
	⑭ 診療の内容							
	⑮ 療養の給付を受けることができなかった理由(詳しく書いてください)							
	⑯ 介護保険法のサービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称				

私は事業主である下記のものを代理人と定め、平成 年 月 日に
請求した療養費の受領方を委任します。

平成 年 月 日提出

受付日付印

委任状

被保険者の氏名 印

事業所所在地 (事業主) 氏名 印

診療報酬明細書

患者氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日	生
傷病名	診療期間	平成 平成	年	月	日から	日	診療実日数		
療養に要した費用の内訳									
診療の内容	受診月日			薬名・用量等の明細			※ 決定金額		
⑪ 初診	時間外・休日・深夜	回	点	点	点	点	点	点	点
⑫ 再診	再診	×	回	点	点	点	点	点	点
	外来管理加算	×	回	点	点	点	点	点	点
⑬ 医学管理	時間外	×	回	点	点	点	点	点	点
	休日	×	回	点	点	点	点	点	点
⑭ 在宅	深夜	×	回	点	点	点	点	点	点
	在宅患者訪問診療	×	回	点	点	点	点	点	点
⑮ 投薬	① 内服	薬剤	回	点	点	点	点	点	点
	② 外用	薬剤	回	点	点	点	点	点	点
	③ 処方	薬剤	回	点	点	点	点	点	点
	④ 麻毒	薬剤	回	点	点	点	点	点	点
	⑤ 調基	薬剤	回	点	点	点	点	点	点
	⑥ 注射	① 皮下筋肉内	回	点	点	点	点	点	点
⑯ 処置	② 静脈内	回	点	点	点	点	点	点	
	③ その他	回	点	点	点	点	点	点	
⑰ 手術・麻酔	薬剤	回	点	点	点	点	点	点	
⑱ 検査	薬剤	回	点	点	点	点	点	点	
⑲ 画像診断	薬剤	回	点	点	点	点	点	点	
⑳ その他	処方せん	×	回	点	点	点	点	点	
㉑ 入院	入院年月日	年	月	日					
	病診	① 入院基本料・加算	点						
㉒ 食事	② 特定入院料・その他	×	日						
	③ 特別食堂	×	日						
合計				請求	決定	負担金額			
				点	点	円			
				円	円	円			

上記の通り診療いたしました。
平成 年 月 日

医療機関 (所在地) 開設者 印