

【記入例】被保険者：保険証未提出等

No.

※ 組合 記入 欄	療養費の種類	<input type="checkbox"/> 補装具等（コルセット・ギブス・義眼・小児弱視眼鏡）（ ）回	常務理事	事務長	担当者				
		<input type="checkbox"/> はり・きゆう（施術回数： ）回							
		<input type="checkbox"/> あんま・マッサージ（施術回数： ）回							
		<input type="checkbox"/> 保険証の未提出・已むを得ず保険医以外の医療機関での受診							
		<input type="checkbox"/> 輸血（生血）の血液代（輸血回数： ）回							
支給決定の額	法定				取得	昭和 平成 令和	年	月	日
	付加				喪失	令和	年	月	日
	合計				決定標準報酬月額 千円				
支給額算定内訳	備考								

健康保険 **被保険者** 療養費・療養費付加金支給申請書 (1/2) (第 回目)  
 家族

日揮健康保険組合 理事長 殿

令和〇〇年〇〇月〇〇日 申請

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の	記号	×××	② 勤務している、または勤務していた事業所（会社）の名称	（任継者は「任意継続被保険者」、特退者は「特例退職被保険者」と記入してください。） 〇〇〇〇株式会社										
	③ 被保険者氏名	番号	〇〇〇	④ 生年月日	昭和 平成	58	年	11	月	23	日				
	⑤ 申請が被扶養者の場合はその者の	⑦ 氏名		⑧ 生年月日	昭和 平成						日	⑨ 被保険者との続柄			
	⑥ 申請者の住所	〒													
	⑦ 傷病名	捻挫				⑧ 発病または負傷の年月日	令和	1	年	6	月	2	日	（負傷の場合は 時頃）	
	⑨ 発病または負傷の原因	歩行中に転んだ													
	⑩ 傷病の経過	足首が腫れて痛みが生じた													
	⑪ 診療または手当を受けた病・医院の	⑦ 名称	〇〇病院			⑧ 所在地	横浜市港南区日野〇-〇-〇								
	⑫ 診療に従事した医師の	⑦ 氏名	〇〇〇〇			⑧ 住所									
	⑬ 診療の内容	湿布とテーピングでの足首固定													
	⑭ 診療または手当を受けた期間	自	令和	1	年	6	月	2	日	1	日間	⑮ 診療に要した費用の額	金	12,630	円也
	⑯ 療養の給付を受けることができなかった理由	健康保険証を持参しなかったため													
	⑰ 第三者の行為について	⑦ 第三者行為の負傷か否か	ある・ない			⑧ その事実の届出の有無	ある・ない								
⑦ 第三者の氏名と住所（不明なときはその旨）		氏名				住所									

委 任 状	被 保 險 者	本申請に基づく療養費および同付加金に関する受領を代理人（事業主）に委任します。 令和〇〇年〇〇月〇〇日								
		（任継者・特退者は記入不要）								
	氏名	日揮太郎			（事業主）住所					
					代理人 氏名					

事業所 担当者印	※ 受付印付

〔記入例〕

療養費・療養費付加金支給申請書 (2/2)

領収 診療 明細書

医 師 記 入 欄	傷病名					患者名				
	初診	時間外・休日・深夜	回	円						
	再診	再診	×	回						
		外来管理加算	×	回						
		時間外	×	回						
		休日	×	回						
	深夜	深夜	×	回						
		夜	×	回						
	医学管理									
	在宅	往診		回						
		夜間		回						
		深夜・緊急		回						
		在宅患者訪問診療		回						
	投薬	内服	薬剤		単位					
			調剤	×	回					
頓服		薬剤		単位						
		調剤		単位						
外用		薬剤		単位						
処方	調剤	×	回							
注射	処方	麻毒基	×	回						
	皮下筋肉内			回						
処置	静脈内			回						
	その他			回						
手術	薬剤			回						
検査	薬剤			回						
診画像	薬剤			回						
その他	処方せん			回						
	薬剤			回						
入院	入院年月日		年	月	日	食 事	基準	円×	回	
	病診	入院基本料・加算			円		特別	円×	回	
			×	日間			食	円×	日	
			×	日間						
		×	日間							
	特定入院料・その他									
療養の給付計					円	食事療養計				
※上記または別紙診療報酬明細書のとおり 領収 診療 いたしました。 令和 年 月 日										
住所 医師の 氏名										
電話 ( )										

医師記入

- 備考：
- 「診療報酬明細書」と「領収証書」が発行できない場合は、本申請書(2/2)に必要事項を記入・押印して下さい。
  - 「領収証書」が発行できる場合は「領収」の文字を消し、「診療」の文字を○で囲み「診療明細書」として下さい。
  - 「領収証書」が発行できない場合は「診療」の文字を消し、「領収」の文字を○で囲み「領収明細書」として下さい。
  - ※印についても、上記2または3により「領収」・「診療」の文字を消すか、または○で囲むようにして下さい。
  - 「領収」「診療」にかかわらず、本申請書に記入する場合は、必ず、署名・捺印をお願いします。