

〔記入例〕 家族：補装具等作成

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・きゅう（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)

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 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	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	日揮花子	⑧ 生年月日	昭和	62	年	9	月	15	日	⑨ 被保険者との続柄	妻						
	⑥ 申請者の住所	〒233-0050 横浜市港南区日野〇-〇-〇																	
	⑦ 傷病名	腰椎椎間板症								⑧ 発病または負傷の年月日	令和	1	年	6	月	10	日	(負傷の場合は 時頃)	
	⑨ 発病または負傷の原因	不明																	
	⑩ 傷病の経過	腰痛																	
	⑪ 診療または手当を受けた病・医院の	⑫ 名称	〇〇病院							⑬ 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	⑬ 氏名	〇〇〇〇							⑭ 住所									
	⑬ 診療の内容	腰椎軟性装具の作成																	
	⑭ 診療または手当を受けた期間	自	令和	1	年	6	月	15	日	至	令和	年	月	日	⑮ 診療に要した費用の額	金	10,200	円	也
	⑮ 療養の給付を受けることができなかった理由	補装具製作所が保険契約なきため																	
	⑯ 第三者の行為について	⑰ 第三者行為の負傷か否か	ある・ない							⑱ その事実の届出の有無	ある・ない								
⑲ 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） 代理人	住所	氏名			

事業所 担当者印

※ 受付印付印

〔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					
	診	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	×	回					
処方	処方	×	回						
	麻毒基調		回						
注射	皮下筋肉内		回	不 要					
	静脈内		回						
	その他		回						
処置	薬剤		回						
手術	薬剤		回						
検査	薬剤		回						
診画像	薬剤		回						
	処方せん		回						
その他	薬剤		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	円	食		円×	日	
	院	×	日間						
×		日間							
		特定入院料・その他							
療養の給付計		円			食事療養計		円		
※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 ()									

- 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)に必要な事項を記入・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。