

記入例

押印2箇所
シヤチハタ不可

健康保険 被保険者 療養費・療養付加金 支給申請書 (第 回) 大塚 家 族

被保険者（社員本人）の記入欄です。もれなく記入してください。

① 被保険者の記号と番号	記号	1	② 事業所の名称	(株) 大塚商会
	番号	12345	③ 事業所の所在地	東京都千代田区〇-〇-〇〇
④ 被保険者の氏名と⑤	大塚 一郎		⑤ 生年月日	平 50年 1月 24日生
⑥ 被保険者の住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都千代田区〇-〇-〇〇 (Tel. 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇)			
⑦ 療養が被扶養者に関するときは、その者の	ア) 氏名	大塚 太郎	⑧ 傷病名	無呼吸発作
	イ) 生年月日	昭・平 21年 〇月 〇〇日生	⑨ 発病又は負傷の年月日	平成 不年 明 月 日
	ウ) 被保険者との続柄	長男		
⑩ 発病又は負傷の原因及びその経過	原因	不明	⑪ 第三者行為によるものですか	はい いいえ
⑫ 診療を受けた病院等	ア) 名称	〇〇〇〇病院	イ) 診療に従事した医師の氏名	鈴木 一郎
	ウ) 所在地	東京都千代田区〇-〇-〇〇		
⑬ 診療の期間(支給期間)	自	平成 20年 〇〇月 〇〇日	⑭ 診療に要した費用の額	35,000 円
	至	平成 20年 〇〇月 〇〇日		
⑮ 入院・入院外の別	・入院	⑯ 療養の給付を受けることができなかった理由	子供が産まれてすぐ入院し健康保険証手続き中だったため	
	・入院外			
⑰ 診療の内容	入院中、検査等を行いました。			
⑱ 振込希望銀行口座	フリガナ()	ヨコハマ	フリガナ()	クダ
	種類	普通・当座・貯蓄		銀行
※被保険者名義	銀行コード	000	支店コード	000
	フリガナ()	オオツカ イチロウ		
	名義人氏名	大塚 一郎		
		※ 郵便局・農協への振込みは行っていません		

受領代理人の欄

本請求に基づく給付金に関する受領を、代理人に委任します。 平成 年 月 日

被保険者 住所 氏名

代理人 住所 氏名

未記入

委任者と代理人との関係

※健康保険組合記入欄

療養費の別	1. 立替払い	手術回数	回
	2. 治療用装具	2. 補修	年 月 日
	3. 生血	輸血回数	回
海外受診	・該当	備考	

健康保険組合記入欄の同意期間

受付日付印

やむを得ない事情により保険医療機関で保険診療を受けることができなかった場合。

(例) 子供が出生後そのまま入院し、保険証がまだ交付されていなかった。

療養費の制度については、健康保険組合ホームページをご覧ください。
http://www.otsuka-kenpo.or.jp

必要な添付書類

- 『領収(診療)明細書』を、医療機関にできるだけ詳しく記入していただいでください。
- 領収書(原本)
- 負傷原因調書・・・原因が、けがの場合のみ必要。

領収(診療)明細書 [入院外]

患者名	傷病名	(備考)
初診	時間外・休日・深夜	診療の期間 自平成 年 月 日 診療実日数 至平成 年 月 日 () 日間
再診	再診 × 回	※ 詳細をご記入ください。
	外来管理加算 × 回	
	時間外 × 回	
	休日 × 回	
指 導	深夜 × 回	
在 宅	往診	回
	夜間・緊急	回
	在宅事務相談等	回
	その他薬	回
投 薬	内服 { 薬剤 × 単位	
	調剤 × 単位	
	外用 { 薬剤 × 単位	
	調剤 × 単位	
注 射	皮下筋肉内	回
	静脈内その他	回
処 置	薬 剤	回
	薬 剤	回
検 査	薬 剤	回
	薬 剤	回
その他	処方せん	× 回
	薬 剤	回
合計		円

上記の通り領収(診療)いたしました。 平成 年 月 日

医師の住所 氏名

(添付書類についての注意)

- 歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書「領収(診療)明細書」をつけて下さい。
- 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」をつけて下さい。
- コルセット・ギプス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費についての領収証書」をつけて下さい。
- 海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」及び「診療明細書」をつけて下さい。なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。