

常務理事	事務長		担当

**被保険者 療養費 支給申請書 (立替払等)**  
**家 族 療養付加金**

提出日 令和 年 月 日

被保険者証の記号・番号		生年月日		被保険者氏名 (申請者)	
		昭和 平成 令和	年 月 日	(フリガナ)	
事業所名 (所属名)					
被保険者 (申請者) 住 所	(〒 — )				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL — —		(内線 )		
申請が被扶養者に関するものであるとき	氏 名		生 年 月 日		続柄
			昭和 平成 令和	年 月 日	
傷 病 名			発病又は負傷年月日	入院 ・ 外来	
				年 月 日	
発病又は負傷の原因					
診療を受けた病院等の名称及び住所	名称			医師の氏名	
	住所	TEL — —			
診療の期間 (支給期間)	自	年 月 日	至	年 月 日	入院・外来の別 入院 外来
入院の場合 上記の入院期間	年 月 日から		診療に要した費用	円	
	年 月 日まで			(別紙領収明細書のとおり)	
診療又は手当の内容					
療養費支給申請の理由					※受付印
医療助成について	1. 受けている ( ) 2. 受けていない				
傷病が第三者の行為によるときは その事実並びに 第三者の住所氏名					

**【自費で診療を受けた場合】**

1. 医療機関から交付された診療報酬明細書 (レセプト) あるいは、当健保仕様の医療領収明細・調剤領収明細に、医療機関・保険薬局の証明を受けた領収 (診療) 明細書
2. 医療機関が発行した領収書 (原本)

**【以前加入していた健康保険の被保険者証等を使用し医療費を返還した場合】**

1. 医療費を返還した金額の領収書 (原本)
2. 医療費を返還した際、他健保より受け取った (診療報酬明細書「開封厳禁」) 封筒等

# 領収（診療）明細書

（ 月 日から 月 日までの分）

1. 領収（診療）明細書の記載は診療報酬明細書に準じて記載して下さい。
2. 領収（診療）明細書にかえて診療報酬明細書を使用しても差し支えありません。
3. 入院と外来は別々に分けて作成して下さい。
4. 保険薬局は、領収明細書にかえて調剤報酬明細書を使用して下さい。
5. 入院の場合の部屋代の差額等は記載しないで下さい。

氏名	本人		男	昭和・平成			職務上外の別						
	家族		女	年	月	日生	上・外						
傷病名	(1) (2) (3)			診療開始日			(1)	年	月	日			
初診	時間外・休日・深夜	×	回	円			診療実日数		日				
再診	再診	×	回				転帰	治ゆ	死亡	中止			
	外来管理加算	×	回				※ 薬名・用量等の明細						
	時間外	×	回										
	休日	×	回										
	深夜	×	回										
指導													
在宅	往診			回									
	夜間			回									
	深夜・緊急			回									
	在宅患者訪問診療			回									
	その他			回									
投薬	内服	薬剤			単								
		調剤	×	回									
	屯服	薬剤			単								
	外用	薬剤			単								
		調剤	×	回									
	処方	×	回										
	麻毒			回									
	調基			回									
注射	皮下筋肉内			回									
	静脈内			回									
	その他			回									
処方	処置			回									
	薬剤			回									
手術	手術・麻酔			回									
	薬剤			回									
検査	検査			回									
	薬剤			回									
画像	画像診断			回									
	薬剤			回									
その他	処方せん			回									
	その他			回									
	薬剤			回									
入院	入院年月日						① 合計		円				
	(自) 月 日 (至) 月 日 間						② 薬剤一部負担金額		円				
	入院料			×	日				円				
	入院時医学管理料			×	日				円				
	特入・その他			円	×	日	③ 公費負担額		円				
食事			円	×	日				円				

上記明細書のとおり \_\_\_\_\_ 円 を領収しました。

年 月 日

医療機関の所在地  
名 称  
開設者氏名

印

# 調剤領収（診療）明細書 （ 月 日から 月 日までの分）

(注) 1. 領収(診療)明細書の記載は診療報酬明細書に準じて記載して下さい。  
 2. 領収(診療)明細書にかえて診療報酬明細書を使用しても差し支えありません。

氏名		本人	男	昭和・平成	職務上外の別	
		家族	女	年 月 日生	上・外	
医療機関名称及び 所在地				保険医氏名		
処方月日	調剤月日	剤型	処 方	所定単位当り点数	調剤数量	調剤報酬点数
・	・	内服 頓服 その他				点
・	・			調剤料	点	
・	・			薬剤料		
・	・					
・	・			計		
・	・					
・	・	内服 頓服 その他				点
・	・			調剤料		
・	・			薬剤料		
・	・					
・	・			計		
・	・					
・	・	内服 頓服 その他				点
・	・			調剤料		
・	・			薬剤料		
・	・					
・	・			計		
・	・					
・	・	内服 頓服 その他				点
・	・			調剤料		
・	・			薬剤料		
・	・					
・	・			計		
・	・					
処方せん受付回数		回		調剤 基本料	点	
備考				① 合計	円	
				② 薬剤一部負担金額	円	
				③ 公費負担額	円	

上記明細書のとおり (①+②-③) \_\_\_\_\_ 円 を領収しました。

年 月 日 保険薬局の 所在地  
 名 称  
 開設者氏名

印