支払年月日	年　月　日
支払額	円
資格 取得	年　月　日
資格 喪失	年　月　日
療養 開始	令和　年　月　日
療養 終了	令和　年　月　日

常務理事	事務長	会計	担当者

種目	請求	査定	種目	請求	査定
初診	円	円	処置及び手術	円	円
再診					
往診					
投薬					
注射			合計		
検査			一部負担金		

（備考）

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	被保険者等記号・番号	××××.×××	② 事業所の名称	○○○○㈱
③	被保険者（申請者）の氏名	（フリガナ）ケンポ　タロウ 健　保　太　郎	④ 被保険者の生年月日	□ 昭和 ☑ 平成 ××年 × 月 ×× 日
⑤	被保険者(申請者)の住所	〒（×××－××××）	都道府県 ○○市○○○×丁目×-××	
	電話	（×××）×××－　××××		
⑥	被扶養者 ※申請が被扶養者に関する場合のみ記入	氏名	生年月日 □ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	続柄
⑦	傷病名	インフルエンザ	⑧ 発病又は負傷年月日	×× 年 × 月 × 日
⑨	発病又は負傷の原因及びその経過	咽が痛く、咳がつづき、高熱がでた	⑩第三者の行為によるものですか	☑ いいえ ・ □ はい
⑪	診療を受けた医療機関	名称：○○病院	診療した医師名	○○○○
		所在地：○○県○○市○○××××番地××		
⑫	診療の期間（支給期間）	自 令和 ××年 2 月 8 日 至 令和 ××年 2 月 8 日	1 日間	区分 □ 入院 ・ ☑ 外来 □ 歯科 ・ □ 調剤
⑬	診療の内容	診察と点滴		
⑭	診療に要した費用	7，000 円	⑮ 療養の給付を受けることができなかった理由	保険証未提出

委任状

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。

令和 ××年 ×月 ××日

被保険者（申請者）　住所 ○○県○○市○○○×丁目×-××

氏名 健　保　太　郎

代理人　事業所名 ○○○○株式会社

氏名 ○　○　○　○

受付印

【添付書類】コルセット・ギブス・義肢等の場合…医師の意見書(原本)・領収書(原本)
被保険者証未提出受診の場合…診療報酬明細書【レセプト】(原本)・領収書(原本)
保険医療機関以外の受診の場合…診療報酬明細書【レセプト】(原本)・領収書(原本)

病院から診療報酬明細書（レセプト）が発行された場合は必要ありません

領　収（診　療）明　細　書

患者名		傷病名	

入　院　外

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	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
	薬剤	
投薬	内服薬剤	単
	内服調剤	回
	屯服薬剤	単
	外用薬剤	単
	外用調剤	回
	処方	回
	麻毒	回
	調基	
注射	皮下筋肉内	回
	静脈内	回
	その他	回
処	処置	回
	薬剤	
手	手術・麻酔	回
	薬剤	
検	検査	回
	薬剤	
画	画像診断	回
	薬剤	
他	処方せん	回
	その他	
	薬剤	
合計		円

入　院

初　診	時間外・休日・深夜	回　円
指　導		
在　宅		
投薬	内服	単
	屯服	単
	外用	単
	調剤	日
	麻毒	日
	調基	
注射	皮下筋肉内	回
	静脈内	回
	その他	回
処	処置	回
	薬剤	
手	手術・麻酔	回
	薬剤	
検	検査	回
	薬剤	
画	画像診断	回
	薬剤	
他	その他	
	薬剤	
入院	入院年月日　年　月　日	
	病	入院基本料・加算
		×　日
		×　日
		×　日
		×　日
		×　日
		特定入院料・その他
	食事療養　日	
合計		円

医療機関記入欄

上記のとおり領収（診療）いたしました。

令和　年　月　日

住　所

医師の

氏　名　㊞

※すでに申請の対象となる費用について領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。