



決裁日付印

記入上の注意

- ① 発病又は負傷の原因は、いつ・どこで・どの様にして・どこを・どうしたと、詳しく記入して下さい。
- ② 傷病が第三者の行為によるものときは、別に「第三者行為による傷病届」をこの請求書に添付して下さい。
- ③ 訂正したところには氏名の脇に押した印を訂正印として使用して下さい。

健保記入欄	伺年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	担当者
	支払年月日	平成	年	月	日			
	支給額	拾万	万	千	百	拾	円	
支給決議書	種目	請求	査定	療	始	年月日		
	初診	円			終	年月日		
	再診			その他				
	往診					種目	請求	査定
	投薬					装具代	円	円
	注射							
	検査					合計		
	処置及手術					一部負担		

記入例

区分 被保険者 療養費請求書 (治療用装具・生血・立替払等) 第 回 目

家族

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 の							名称	不二サッシ(株)				
	記号	0	1	番号	2	3	4	5	6	7	事業所の所在地	〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇	
	傷 病 名			腰椎椎間板ヘルニア				発病又は負傷の年月日	平成29年3月1日 (負傷の場合は 時頃)				
	発病の原因および経過 (詳しく)			1	1. 病気		(原因および経過) 以前より腰が痛く、病院に行ったらヘルニアと診断され、装具を作り着使用中						
					2. ケガ		健康保険組合へご連絡ください。(tel:044-520-0795)						
	診療を受けた病医院の			名称	〇〇病院		所在地	〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇					
	診療に従事した医師の			氏名	不二 良男								
	診療の内容			装具を作成し、その後は2週間に1回の診察・理学療法を受けています。									
	診療の期間			自 29年 3月 1日 から			至 29年 4月 30日 まで		15日間	診療に要した費用の額	金 15,900 円		
	療養費の請求申請の理由		治療用装具	治療用装具を作成したため									
		立替払等	1.入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため 2.緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため 3.誤って他の保険者の被保険者証を使用したため 4.その他 理由:										
申請者が被扶養者であるときはその者の			氏名					生年月日	S・H 年 月 日	被保険者との続柄			

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人を確認するための添付書類が必要です。)

備考欄

事業所内点検印	担当課(係)長印	担当者印	上記の通り請求します。なおこの給付金の受領を 事業所担当者名 殿に委任します。平成 29年 5月 1日 この請求に関する医療機関への問い合わせに同意します 被保険者氏名 健保 太郎 健保印
	課長	担当	

受付日付印

領 収 (診 療) 明 細 書

患者名		傷病名	
初診	時間外 深夜	円	円
再診	時間内 時間外 深夜	円	円
往診	普通・難路 夜間・暴風雨雪 同一家屋	円	円
指導			円
投薬	内服 { 一剤 二剤 頓服 外用 調剤		円
入院	1月未満 日間()		円
	1月～3月未満 日間()		円
	3月以上 日間()		円
	食事療養	食	計

立替払い請求時に明細書が無い場合は
医療機関で記入してもらってください。

【添付資料についての注意】
 次の場合にはこの領収（診療）明細書は必要ありません。
 ① 歯科診療に関する申請のときは、別の領収書をつけて下さい。
 ② 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、「血液代金の領収書」をつけて下さい。
 ③ コルセット、ギブス、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為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書」をつけて下さい。

上記の通り領収（診療）致しました。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

担当医師氏名

印

- 注意事項**
- ① 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」の文字を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入して下さい。
 - ② 診療明細書の各欄は詳細に記入して下さい。
(投薬・注射等は薬名・規格・数量等まで詳しく記入して下さい。)
 - ③ 訂正したところには氏名の脇に押した印を訂正印として使用して下さい。