

療養費支給申請書記入例 < 治療用装具 = コルセット作成の場合 >

健康保険の基準内で支給されます。領収(診療)明細書の提出は必要ありません。

「医師の診断書または同意書」と「領収書」を添付してください。

領収書には装具の品名・型番など明細が必要です。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

健康保険組合理事長 殿

どちらかを○でかこむ

健康保険 **被保険者** 療養費支給申請書
被扶養者

被 保 険 者 証	区 分	記 号	番号(右詰め)	被保険者氏名・生年月日		事業所・所属・連絡先	
	一 般			健 保 太 郎		事業所	退職後加入者は記入不要
	任意継続	9000		昭・平〇〇年〇〇月〇〇日生		所 属	
	特例退職	9500				連絡先	()
申請が扶養者 に関するとき		被扶養者氏名		生 年 月 日		続 柄	
				昭・平・令 年 月 日生			
傷 病 名		「左膝靭帯損傷」 「右手腕骨折」 「腰椎椎間板ヘルニア」など		発病又は負傷 の 年 月 日		〇〇年〇〇月〇〇日 (負傷の場合 〇〇時頃)	
発 病 又 は 負 傷 の 状 況		<原因(どのようにして)・結果(どうなったか)等> 「サッカーの練習中に負傷」「自宅で庭の手入れ中に転倒した」 「重いものを持ち上げようとして腰痛になった」 など詳しく記入する。					
診 療 期 間 領収書の日付を ご記入ください		自 〇〇年〇〇月〇〇日 1 日間 至 〇〇年〇〇月〇〇日		診療区分 (○をつける)		自〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇日間 至〇〇年〇〇月〇〇日	
				入院 通院			
診 療 を 受 け た 病 院 等		(名称および所在地) 〇 〇 医 院 A 県 B 市 C 町 1-1		診療を受けた 医師の氏名		(氏名) 〇 〇 〇 〇	
治 療 の 内 容 傷 病 の 経 過		「入院・手術後、装具を装着し自宅で 安静加療中。通院して経過観察 予定」など詳しく記入する。		診療に要し た費用の額		(健康保険治療分の支払額、または装具の支払額を記入) 〇〇〇〇〇円	
診療の給付を受け られなかった理由 (装具代の場合は「装具作成」と記入)		装具作成のため					
傷病が第三者の 行為によるとき		(傷害の事実関係および加害者の住所・氏名) 該 当 な し					
※ <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)							
事業主への受領委任 (特例・任継の方は 記入不要)		(会社名をご記入下さい) 本請求に基づく給付金の受領を事業主 <u>株 〇〇〇〇</u> に委任します。 被保険者氏名： <u>健保 太郎</u>					

支給・支払伺

支 給 額	法 定							円
	付 加							円

領収(診療)明細書について <治療用装具=コルセット作成の場合>

領 収 (診 療) 明 細 書

患者名		傷病名		診療期間	年 月 日 ~ 月 日
初診	時間外・休日・深夜	回	円	<div style="border: 1px solid red; padding: 10px; color: red; font-weight: bold;"> 装具に関する申請には 領収(診療)明細書の提出は 必要ありません。 (添付資料についての注意)を ご覧ください。 </div>	
再診	再診	回	円		
	外来管理加算	回	円		
	時間外	回	円		
	休日	回	円		
指導	深夜	回	円		
		回	円		
在宅	往診	回	円		
	夜間				
	深夜・緊急	回			
	在宅患者訪問診療 その他 薬剤				
投薬	内服薬剤	単位	円		
	調剤	回			
	頓服薬剤	単位			
	外用薬剤	単位			
	調剤	回			
	処方 麻毒 調基	回 回			
注射	皮下筋肉内	回	円		
	静脈内	回			
	その他	回			
処置	処置 薬剤	回	円		
手術 麻酔	手術・麻酔	回	円		
	薬剤				
検査	検査 薬剤	回	円	合計	円
画像	画像診断 薬剤	回	円	上記のとおり領収(診療)いたしました。 年 月 日	
その他	処方せん 薬剤 その他	回		医療機関の (所在地)	
入院	入院年月日	年 月 日		(名 称)	
	入院料 入院時医学管理料 食事療養			(医師名)	
				電 話	

(添付資料についての注意)

1. この明細書の必要事項がもれなく記載された用紙を添付できる場合はこの明細書は必要ありません。
2. 歯科診療および薬局での処方に関する申請については、この明細書は使用せず専用の明細書(レセプト様式)の作成を歯科医療機関・調剤薬局に依頼し、領収書とともにこの申請書に添付してください。
3. 装具に関する申請のときはこの明細書は必要ありません。医師による装着証明書と義肢製作所等の領収書一式を添付してください。**靴型装具**の場合は写真を添付してください。

療養費支給申請書記入例 < 保険証不携帯の場合 >

健康保険の基準内で支給されます。
領収(診療)明細書か同内容が漏れなく記載された用紙を添付してください。
歯科診療または**薬局**での**処方**に関する申請については(添付資料についての注意)をご覧ください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

健康保険組合理事長 殿

どちらかを○でかこむ

医療機関、受診月ごと1枚
作成してください

↓
 健康保険 **被保険者** / **被扶養者** 療養費支給申請書

被 保 険 者 証	区 分	記 号	番号(右詰め)	被保険者氏名・生年月日		事業所・所属・連絡先	
	一 般			健 保 太 郎		事業所	退職後加入者は記入不要
	任意継続	9000		(昭・平〇〇年〇〇月〇〇日生)		所 属	
	特例退職	9500				連絡先	()
申請が扶養者 に関するとき		被扶養者氏名		生 年 月 日		続 柄	
		健 保 花 子		(昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日生)		長 女	
傷 病 名		急性胃腸炎		発病又は負傷 の 年 月 日		〇〇年〇〇月〇〇日 (負傷の場合 時頃)	
発 病 又 は 負 傷 の 状 況		<原因(どのようにして)・結果(どうなったか)等> 「旅行先で急に胃が痛み出し、最寄りの病院で治療を受けた。」 など詳しく記入する。					
診 療 期 間		自 〇〇年〇〇月〇〇日 至 〇〇年〇〇月〇〇日 〇日間		診療区分 (○をつける)	入 院 通 院	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	
診 療 を 受 け た 病 院 等		(名称および所在地) 〇 〇 医 院 A 県 B 市 C 町 1-1		診 療 を 受 け た 医 師 の 氏 名		(氏名) 〇 〇 〇 〇	
治 療 の 内 容 傷 病 の 経 過		「診療内容明細書の通り注射と 投薬を受け、安静後完治した。」 など詳しく記入する。		診 療 に 要 し た 費 用 の 額		(健康保険治療分の支払額、または装具の支払額を記入) 〇〇〇〇円	
診療の給付を受け られなかった理由 (装具代の場合は「装具作成」と記入)		「健康保険手続き中のため、保険証が手元になかった」 「外出先で急病になり、全額自己負担した」 など詳しく記入する。					
傷病が第三者の 行為によるとき		(傷害の事実関係および加害者の住所・氏名) 該 当 な し					
※ <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)							
事業主への受領委任 (特例・任継の方は 記入不要)		(会社名をご記入下さい) 本請求に基づく給付金の受領を事業主 <u> 株式会社〇〇〇〇 </u> に委任します。 被保険者氏名: <u> 健保太郎 </u>					

支給・支払伺

支 給 額	法 定								円
	付 加								円

領収(診療)明細書について <保険証不携帯の場合>

領 収 (診 療) 明 細 書

患者名		傷病名		診療期間	年 月 日	~ 月 日
初診	時間外・休日・深夜	回	円	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="color: red; font-weight: bold;">領収(診療)明細書については (添付資料についての注意)を ご覧ください。</p> </div> <p style="color: red; font-weight: bold;">この明細書を使用する場合は、 診療を受けた医療機関で記入して もらってください。</p>		
再診	再診	回	円			
	外来管理加算	回	円			
	時間外	回	円			
	休日	回	円			
	深夜	回	円			
指導		回	円			
在宅	往診	回	円			
	夜間					
	深夜・緊急	回				
	在宅患者訪問診療					
	その他					
投薬	内服薬剤	単位	円			
	調剤	回				
	頓服薬剤	単位				
	外用薬剤	単位				
	調剤	回				
	処方	回				
	麻毒調基	回				
注射	皮下筋肉内	回	円			
	静脈内	回				
	その他	回				
処置	処置薬剤	回	円			
手術 麻酔	手術・麻酔薬剤	回	円			
検査	検査薬剤	回	円	合計	円	
画像	画像診断薬剤	回	円	上記のとおり領収(診療)いたしました。		
その他	処方せん	回		年 月 日		
	薬剤 その他			医療機関の (所在地)		
入院	入院年月日	年 月 日		(名 称)		
	入院料			(医師名)		
	入院時医学管理料 食事療養			電 話		

(添付資料についての注意)

1. この明細書の必要事項がもれなく記載された用紙を添付できる場合はこの明細書は必要ありません。
2. 歯科診療および薬局での処方に関する申請については、この明細書は使用せず専用の明細書(レセプト様式)の作成を歯科医療機関・調剤薬局に依頼し、領収書とともにこの申請書に添付してください。
3. 装具に関する申請のときはこの明細書は必要ありません。医師による装着証明書と義肢製作所等の領収書一式を添付してください。**靴型装具**の場合は写真を添付してください。