

健康保険 被保険者 療養費支給申請書  
家 族

被保険者証の記号番号	事業所の名称					
被保険者の氏名と印	フリガナ		⑩	生年月日	昭和 平成	年 月 日
被保険者の住所	〒 電話 ( )					
療養が被扶養者に関するときはその方の	氏名	続柄		生年月日	昭和 平成	年 月 日
傷病名				発病または負傷の年月日	昭和 平成	年 月 日
発病の原因及び経過						※負傷の場合は、「負傷原因報告書」を、第三者行為によるものである時は「第三者行為による傷病届」を提出してください。
診療を受けた病院等の名称・所在地・医師の氏名						
診療の期間	平成 年 月 日から	日間	入院・入院外	診療に要した費用の額	円	
診療の内容						
療養の給付を受けることができなかった理由						

払渡希望金融機関名	銀行 信用金庫					支店
口座番号	1.普通預金	No.				フリガナ
	2.当座預金					
委任状	本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。					平成 年 月 日
	被保険者	住所	氏名	⑩		
代理人	住所	氏名	⑩			

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、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

※受付日付印

尼崎機械金属健康保険組合理事長殿 平成 年 月 日提出

<注意事項> この請求書には次の書類 ((写) と記載しているもの以外はすべて原本) を添付してください。

- ①治療用装具装着の場合→領収書、意見書および装具装着証明書
- ②療養の給付をすることが困難と認められるとき→領収書、診療報酬明細書 (写)  
注・海外で医療を受けたときは別様式で申請してください。
- ③輸血の血液代 (生血の場合) →領収書、医師の輸血証明書
- ④弾性着衣等の装着の場合→領収書、弾性着衣等の装着指示書
- ⑤治療用眼鏡等の装着の場合→領収書、治療用眼鏡等の作成指示書及び検査書

※被保険者の印については、氏名を本人自ら署名した場合には押印は不要です。ただし、委任状欄の被保険者及び代理人の印については省略できません。

# 領収(診療)明細書

( 月 日から 月 日までの分)

氏名			男	大・昭・平			
			女	年	月	日生	
傷病名	(1) (2) (3)		診開始 療日	(1) (2) (3)	年 年 年	月 月 月	
11 初診		回	円	診療実日数	転	帰	
12 再診	再診 外来管理加算 時間外 休診 深夜	× × × ×	回 回 回 回	円 円 円 円	治 ゆ	死 亡 中 止	
13 指導		回	円				
14 在宅	往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬剤	回 回 回 回	円				
20 投薬	21 内服薬剤 内服調剤 22 頓服薬剤 23 外用薬剤 外用調剤 25 処方 26 麻毒 27 調基	× ×	単 回 単 単 回 回 回	円			
30 注射	31 皮下筋肉内 32 静脈内 33 その他		回 回 回	円			
40 処置	処置 薬剤		回	円			
50 手術	手術・麻酔 薬剤		回	円			
60 検査	検査 薬剤		回	円			
70 画像	画像診断 薬剤		回	円			
80 他	処方せん その他 薬剤		回	円			
	入院年月日	年	月	日			
入院	90 入院料	×	日	食事 基準			
		×	日	円× 円×			
	91 入院時医学管理料	×	日	食事療養			
		×	日	請求	円		
	92 特人・その他			標準負担額	円		
合計				薬剤一部負担金額		円	

- (注)
1. 領収明細書の記載は、診療報酬請求明細書に準じて記載して下さい。
  2. 領収明細書にかえて診療報酬請求明細書を使用しても差し支えありません。
  3. 部屋代その他の差額徴収額は記載しないで下さい。

上記明細書のとおり

円を領収しました。

平成 年 月 日

医療機関の所在地

名称

開設者又は医師氏名