保険証を提出できなかった時等、医療費の全額を自分で支払ったとき
健康保険で認められた7割相当額が支給されます。

いずれか○で囲む→被保険者

健康保険　家族

療養費 療養付加金 支給申請書

（第　回目）

◎「※」印欄は記入するところ

家族の場合は記入するところ

被保険者証の記号・番号			④ 生年月日	⑤ 被扶養者番号	⑥ 給付記録番号	⑦ 受取代理人	⑧ 受付年月日
①	② 1	③ 2345	⑤ 7 昭 平 35年 02月 21日	※	※	※ 0：無 1：有	※ 年 月 日

⑨ 被保険者の（申請者）氏名と印	（フリガナ）ケンポ タロウ 健保 太郎 ㊞	事業所の	㋐ 名称：○○○○○○会社 ㋑ 所在地：○○○○○○○○○
⑩ 被保険者の（申請者）住所	⑩ 郵便番号 123-0000 ⑪ 住所コード ※	（フリガナ） 自宅の住所を記入	（電話番号） (3321)○○○○
療養が被扶養者に関するときは、その者の	㋒ 氏名	㋓ 生年月日 昭和 平成 年 月 日生	㋔ 被保険者との続柄
⑫ 傷病コード ※	㋕ 傷病名：骨折	⑭ 発病又は負傷年月日（療養開始日）	○○年 12月 17日
⑬ カナ ※			
㋖ 発病又は負傷の原因及びその経過	外出中、階段から落ちて指の骨を折った	⑮ 第三者行為によるものですか。	0：いいえ 1：はい
診療を受けた病院等	㋗ 名称：○○外科医院 ㋘ 所在地：北区○○ 3－1－2	㋙ 診療した医師氏名	○○ 誠

⑯ 診療の期間（支給期間）		⑯ 日数	⑰ 入院・入院外の別	㋚ 入院の場合左記の入院期間	㋛ 診療に要した費用の額
自	○○年 12月 17日		0：入院外 1：入院	自 平成 年 月 日	18,000円（領収書の金額）
至	年 月 日	1日		至 平成 年 月 日 日間	

㋜ 診療の内容	ギプスでの固定及び湿布処置	㋝ 療養の給付を受けることができなかった理由	緊急に治療が必要のため

※ 療養費の別					
1. 立替払い等	⑱ 療養の原因（コード）		⑲ 施術回数	回	
2. 治療用装具	⑱ 治療用装具（コード）		⑲ 支給種別	1 初回支給 2 補修 3 再支給	⑳ 装着年月日 年 月 日
3. 生血	⑱ 輸血回数	回			

㉑ 支払回数	㉒ 支給算出額	㉓ 調整減額コード	㉔ 調査先コード	㉕ 海外表示	㉖ 特別支給コード	（備考）
回	円			0. 国内 1. 海外		

支払方法	支払金融機関の欄	㉗ 支払区分	金融機関（ゆうちょ銀行を含む）	㉘ 金融機関コード	支店コード	㉙ 預金種別	㋚ 銀行 金庫 信組 本店 支店 出張所
口座振込				㉚ ※口座番号（右づめで記入）		1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	口座名義（フリガナ）

受取代理人の欄	
㋟ 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。 平成 年 月 日	平成 年 月 日提出
被保険者（申請者） 住所 氏名 ㊞	受付日付印
㉛ 代理人の氏名と印 （フリガナ） ㊞	㋡ 委任者と代理人との関係
代理人の住所 ㉜ 郵便番号 ㉝ 住所コード ※ （フリガナ）	送信

領収（診療）明細書

患者名		傷病名	

	入院外		入院	
初診	時間外・休日・深夜		初診	時間外・休日・深夜
再診	再診	× 回	投薬	内服 単位
	外来管理加算	× 回		屯服 単位
	時間外	× 回		外用 単位
	休日	× 回		調剤 日
	深夜	× 回		麻毒 日
指導				調基
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	回		
投薬	内服 薬剤	回		
	内服 調剤	回		
	屯服 薬剤	回		
	外用 薬剤	× 回	投薬	薬剤 回
	外用 調剤	× 回		
	処方	× 回	その他	薬剤 回
	麻毒	回		
	調基		入院	入院年月日 年 月 日
注射	皮下筋肉内	回		病診衣 入院料 × 日間
	静脈内	回		× 日間
	その他	回		× 日間
処置		回		入院時医学管理料 × 日間
	薬剤	回		× 日間
麻酔・手術		回		× 日間
	薬剤	回		× 日間
検査		回		特定入院料・その他
	薬剤	回	食事	基準
画像診断		回		円 × 日間
	薬剤	回		円 × 日間
その他	処方せん	× 回		円 × 日間
	薬剤	回		円 × 日間
合計	円		合計	円

☆ 医療機関で証明してもらうか、レセプト（写）を添付してください。

☆ 領収書（本書）を添付してください。

上記のとおり領収（診療）いたしました。

平成　年　月　日

医師の 住所 氏名 ㊞

（備考）すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療証明書」として所定の事項を記入してください。

（添付書類についての注意）

(1) 歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書をつけてください。

(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「血液代金の領収証書」をつけてください。

(3) コルセット・ギプス・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ため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証書」をつけてください。

(4) 海外における療養費の申請のときは、「領収内容明細書」及び「領収明細書」をつけてください。

なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。