

受付年月日	年	月	日
同年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		

**記入例**  
**立替払いの場合**

支給支払決議書			
常務理事	事務長		扱者
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

社会保険委員  
の点検済印

届書コード	契券	届書	処理区分	1.立替払等 2.治療用装具 5.生血
300				

健康保険 **被保険者** 療養費支給申請書 (第 回目)  
家 族 (立替払等、治療用装具、生血)

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	③	④	⑤	⑥	⑦
	1	8910	370220			年 月 日
被保険者の(申請者)氏名と印		⑨ (フリガナ) ケンポ タロウ	事業所の	⑦ 名称 ○○○○株式会社		
		健保 太郎	① 所在地	東京都○○市△△1-1-1		
被保険者の(申請者)住所		⑩ 郵便番号	⑪ 住所コード	⑧ (電話番号)		
		○●●○●●○●	東京都○○市△△1-2-3	○○○ (123) 4567		
療養が被扶養者に関するときは、その者の		⑫ 傷病コード	⑬ カナ	⑭ 傷病名	⑮ 発病または負傷年月日(療養開始日)	⑯ 第三者行為によるものですか。
⑭ 氏名 該当せず				かぜ	○●1215	⑰ いいえ 1:はい
⑰ 発病または負傷の原因及びその経過		のどの痛み及び発熱				
診療を受けた病院等		⑱ 名称	⑲ 所在地	⑳ 診療した医師氏名		
		○○病院	東京都△△市○○3-2-1	田中 健太		
⑳ 診療の期間(支給期間)		自	⑳ 日数	㉑ 入院の場合左記の入院期間		㉒ 診療に要した費用の額
○●1215		1	1	自平成 年 月 日 日間		〇〇,〇〇〇 円
㉓ 診療の内容		㉔ 療養の給付を受けることができなかった理由		㉕ 入院期間		
注射及び投薬		入社して2日後であったため、健康保険証の交付を受けていなかった		〇:入院 外院 1:入院		
医療費の助成について		1.受けている ( ) 2.受けていない				

◎「※」印欄は記入しないでください。

支払金融機関の欄	⑱ 支払区分	※ 1:振込	⑳ 預金種別	1:普通	㉑ 口座名義	〇〇 銀行 △△ 本店	技官等 意見
	⑲ 金融機関コード	※			健保 太郎		
	㉒ 口座番号	1234567					

受取代理人の欄	㉖ 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
	被保険者の住所(申請者)氏名		◎
	㉗ 代理人の氏名と印	(フリガナ)	㉘ 委任者と代理人の関係
	代理人の住所	㉙ 郵便番号	(フリガナ)
	㉚ 住所コード	※	送信

平成〇〇年 12月 20日提出

受付日付印

被保険者証の記号・番号			① 被保険者の(申請者)氏名と印	(フリガナ) ケンボ タロウ
①	②	③	1 8 9 1 0	健保 太郎

患者名	健保 太郎	傷病名	感冒
-----	-------	-----	----

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 × 回数 外来管理加算 × 回数 時間外 × 回数 休日 × 回数 深夜 × 回数	投薬	内服 単位 頓服 単位 外用 単位 麻酔 単位 調剤 単位
指導		注射	皮下筋肉内 回数 静脈内 回数 その他 回数
在宅	往診 回数 夜間 回数 深夜・緊急 回数 在宅患者訪問診療 回数 その他 回数	処置	薬 回数 剤 回数
投薬	内服 { 薬 回数 調剤 回数 } 単位 外用 { 薬 回数 調剤 回数 } 単位 処方 回数 麻毒 回数 調剤 回数	検査	薬 回数 剤 回数
注射	皮下筋肉内 回数 静脈内 回数 その他 回数	画像断	薬 回数 剤 回数
処置	薬 回数 剤 回数	その他	薬 回数 剤 回数
手麻術・酔	薬 回数 剤 回数	入院	入院年月日 年 月 日 病 診 衣 入院 回数 日間 入院時医学管理料 回数 日間
検査	薬 回数 剤 回数	食事	特定入院料・その他 基準 円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間
画像断	薬 回数 剤 回数	合計	円
その他	処方せん 回数 薬 回数 剤 回数		
合計	円		

医療機関が記入

(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、「診療明細書」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」および「血液代金の領収書」をつけてください。

(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ため必要と認められる医療担当者の証明書」および「実費についての領収書」をつけてください。

上記のとおり領収（診療）いたしました。

平成 ○○年 12月 15日

住所 〒○○○-○○○  
東京都△△市○○3-2-1

医師の氏名 ○○病院 田中健太

社会保険労務士の提出代行者印	印
----------------	---