健康保険 被保険者 家族 療養費 入院時食事療養費 支給申請書

この欄の訂正は被保険者の印

被保険者（申請者）が記入するところ

健康保険被保険者証の記号・番号		被保険者の生年月日				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、下記備考欄へ記載(12ケタ)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となります。)
記号	番号	昭 平	年	月	日	備考欄

被保険者（申請者）の氏名・印	事業所の	
（フリガナ） 印 （相続人からの申請の場合は被保険者氏名；　）	名称	
	所在地	

被保険者（申請者）の住所・日中連絡がとれる電話番号

（フリガナ）
〒□□□-□□□□
電話　（　）

家族療養費の申請の場合は、被扶養者の氏名等	（氏名）	（生年月日）	（被保険者との続柄）
		昭和 平成 令和　年　月　日	

傷病名および傷病の経過		負傷（ケガ）は第三者の行為によるものですか	負傷（ケガ）の原因
	ケガ⇨ ・ 病気⇨	は い（別途「負傷届；第三者行為用」を提出してください）・いいえ（右欄に記入してください）⇨	（いつ）年　月　日（　）時　分頃
		発病の原因 / 発病の年月日	（どこで）
		年　月　日	ア.私用中　イ.仕事中　ウ.通勤途中　エ.その他（　）
			（何をしていて、どのように負傷したか）

診療又は手当の期間	受診日数	入院の有無	入院期間	コルセットを装着した場合は装着年月日
令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日	なし あり⇨	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	令和　年　月　日装着

診療等に要した金額・コルセットの代金	診療又は手当を受けた医療機関の名称等		取得年月日　年　月　日	健保証受領　年　月　日
円	名称	医師の氏名	イ・ウ・エの理由	
	所在地			

療養の給付を受けることができなかった理由（イ・ウ・エの場合右記に理由を記入）

ア.治療用装具の装着
イ.他制度で受診（国保・共済・その他／　）⇨
ウ.自費で受診（海外／国名　）⇨
エ.その他　⇨

申請者又は受取代理人が記入するところ

振込先	（フリガナ） 銀行 金庫 農協　本店 支店 出張所	預金種別	1：普通 2：その他（　）
	口座番号	口座名義人の氏名 カタカナでご記入願います	

⇧ 被保険者（申請者）名義のもの（受領委任をする場合は代理人名義のもの）を記入してください。

この欄は給付金の受取りを代理人に委任する場合のみ記入してください。

受取代理人の欄

本請求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。

令和　年　月　日

被保険者（申請者）
住所
氏名　印

代理人の氏名・印	被保険者（申請者）との関係
（フリガナ） ㊞	

代理人の住所・電話番号

（フリガナ）
〒　－
電話　（　）

◎ コルセット等装具類の申請であるときは、保険医の意見書装具装着証明書及び領収書（原本）を添付してください。
◎ 自費等により医療機関で療養を受けた場合の医療費の申請であるときは、申請書裏面の領収（診療）明細書に医療機関の証明（診療の内訳）を受けてください。なお、その場合必ず領収書（原本）を添付してください。
◎ 国民健康保険（市町村）等へ無資格期間に係る医療費を返納した場合の申請であるときは、国民健康保険等へ返納した金額の領収書及び、市区町村から受け取った書類（診療報酬明細書等）を添付してください。

受付年月日

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	㊞

近畿化粧品健康保険組合　2019.5

領収（診療）明細書

患者氏名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和
傷病名		診療期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　　診療実日数　　日

療養に要した費用の内訳

診療の内訳			単価	金額	左記内容に関する明細
初診	時間外・休日・深夜	回			
再診	再診	回			
	外来管理加算	回			
	時間外	回			
	休日	回			
	深夜	回			
医学管理		回			
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				
	薬剤				
投薬 外来分	内服薬剤	単			
	内服調剤	× 回			
	屯服薬剤	単			
	外用薬剤	単			
	外用調剤	× 回			
	処方	× 回			
	麻毒	回			
	調基				
投薬 入院分	内服	単			
	屯服	単			
	外用	単			
	調剤	日			
	麻毒	日			
	調基				
	その他				
注射	皮下筋肉内	回			
	静脈内	回			
	その他	回			
処置	処置	回			
	薬剤				
手術 麻酔	手術・麻酔	回			
	薬剤				
検査	検査	回			
	薬剤				
画像診断	画像診断	回			
	薬剤				
その他	処方せん	回			
	その他				
	薬剤				
入院	入院年月日	年　月　日			
		入院基本料・加算 ×　日 ×　日 ×　日 ×　日 ×　日			
		特定入院料・その他			

食事・生活			合計		請求	決定	負担金額	備考
	基準	円×　回	療養の給付		円	※　点	円	
	特別	円×　回						
	食事	円×　日	食事・生活療養	回	円	※　円		
	環境	円×　日						
基準（生）		円×　回						
特別（生）		円×　回						
減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月超								

上記のとおり診療を行い、その費用領収しました。

医療機関の所在地

令和　年　月　日

医療機関の名称

医師の氏名・印　　㊞　電話　（　　）

◎この用紙へ直接記入することに代えて、診療報酬明細書等の用紙により証明書を作成しても差し支えありません。
なお、その証明書には、医療機関の所在地、名称、医師の氏名・印が表示されていることが必要です。