

健康保険 被保険者 療養費・移送費 支給申請書
 家 族 入院時食事療養費

被保険者（申請者）が記入するところ	被保険者等記号・番号		被保険者の生年月日				記号番号がわからない場合は、下記備考欄へマイナンバーを記入してください					
	記号	番号	昭 平 令	年	月	日	備考欄					
	被保険者（申請者）の氏名						事業所の					
	(フリガナ)						名称					
	(相続人からの申請の場合は被保険者の氏名：)						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)											
	電話番号 ()											
	家族療養費の申請の場合、被扶養者の氏名等			(氏名)			(生年月日)			(被保険者との続柄)		
	昭 平 令			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⇒			はい [別途「負傷届：第三者行為用」を提出してください]			(いつ) 年 月 日 () 時 分頃						
病気⇒			いいえ (右欄に記入してください) ⇒			(どこで)						
発病の原因			発病年月日			ア.私用中 イ.仕事中 ウ.通勤途中 エ.その他 ()						
年 月 日			年 月 日			(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・移送の代金		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		保険証受領 年 月 日				
円		名称		医師の氏名		※イ・ウ・エ・オ・カの理由						
所在地												
療養の給付を受けることができなかった理由を○で囲んでください(※イ・ウ・エ・オ・カの場合、右記に理由を記入)												
ア. 治療用装具の装着 イ. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため ウ. 資格確認書の交付をうけているが、資格確認書の持参を忘れたため エ. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため オ. 医療機関への移送または臓器等の運搬費用を移送費として申請するため カ. その他												

理 申 請 者 が 記 入 す る と こ ろ	振込先	銀行	本店	口座 名義人の 氏名	(カタカナでご記入ください)						
		金庫	支店								
		農協	出張所								
	預金種別	普通・その他 ()			口座番号						

↑ 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。

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者（申請者）の住所・氏名				代理人の氏名		被保険者（申請者）との関係	
	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。							
	被保険者（申請者） 令和 年 月 日				代理人の住所・電話番号			
	住所 氏名				〒 - 電 話 ()			

↑ 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。

◎ コルセット等装具類の申請であるときは、**保険医の意見書装着証明書及び領収書(原本)**を添付してください。

◎ 「靴型装具」および「加工のされた既製品装具」に係る申請をされる場合は、**当該装具の写真(実際に装着する現物)**を写真貼付台紙に貼付の上、添付してください。

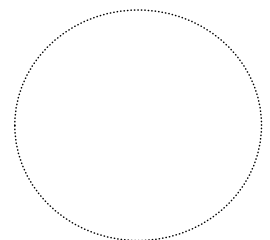
【写真の撮影方向・箇所】 ①正面(装具全体) ②側面(左・右どちらか一方) ③ロゴ・メーカー表記(ある場合)

※支給の可否にあたり申請内容の審査に時間を要する場合があります。

◎ 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、その場合は必ず領収書(原本)を添付してください。

◎ 他の保険者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、**返納した金額の領収書(原本)および他の保険者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。

◎ 移送費の要件：①移送の目的である療養が保険診療として適切である ②対象者が当該療養の原因である負傷、疾病により移動困難である ③緊急その他やむを得ない場合の①～③すべてに該当した場合に申請できますので、**保険医の意見書および「移送に要した費用(移送の経路および方法等の記載が必要)」の領収書(原本)**を添付してください。



社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

領収（診療）明細書

患者氏名				生 年 日 月 日	昭 和 年 月 日 平 成			
傷 病 名				診 療 期 間	昭 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで	診療実日数		
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			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			回				
	薬 剤			回				
投 薬	外 来 分	内服薬剤		単				
		内服調剤	×	回				
		外用薬剤		単				
	入 院 分	外用調剤	×	回				
		処 方	×	回				
		麻 毒 基	×	回				
	内 服			単				
	屯 服			単				
	外 用 調 剤			単				
	麻 毒 基			日				
	そ の 他			日				
注 射	皮 下 筋 肉 内			回				
	静 脈 内			回				
	そ の 他			回				
処 置	処 置			回				
薬 剤	薬 剤			回				
麻 手 酔 術	手 術 ・ 麻 酔			回				
薬 剤	薬 剤			回				
検 査	検 査			回				
薬 剤	薬 剤			回				
診 画 断 像	画 像 診 断			回				
薬 剤	薬 剤			回				
そ の 他	処 方 せ ん			回				
	そ の 他			回				
	薬 剤			回				
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	基準	円×	回	合 計	請 求	決 定	負 担 金 額	備 考
	特別	円×	回		円※	点	円	
食事	円×	日	生 食 活 療 養 事	回	円※	点		
環境	円×	日						
減	円×	日						
特別	円×	回						
減	円×	回						
・ 免 ・ 猶 ・ I ・ II ・ 3月超	円×	回						

◎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・医師の氏名が表示されていることが必要です。

上記のとおり診療を行い、その費用領収いたしました。

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

電話 ()

靴型装具・加工のされた既製品装具申請時の写真貼付台紙

記号	番号	被保険者氏名	申請対象者氏名
①正面(装具全体)			
②側面(左・右どちらか一方)			
③ロゴ・メーカー表記(ある場合)			

◎撮影した写真は、左記枠内に貼付してください。

移送費の申請であるときは医師又は歯科医師による証明をうけてください

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

移送を受けた方	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
傷病名	
移送を必要とする理由 (症状、その他具体的に記入してください。 また、付添人が必要な場合は、人数とその必要な理由を併記してください。)	
移送の方法 区間・回数	
移送年月日	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
上記のとおり移送の必要を認めます。	令和 年 月 日
医療機関の所在地	
医療機関の名称	
医師の氏名	
電話	()