

いずれかを○で囲む

裁日付
決印

Table with columns for dates, amounts, and medical details. Includes a vertical stamp '裁日付 決印' on the left.

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (第 回 目)

Main application form with numbered fields (1-26) for personal information, medical history, and treatment details.

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

Table for medical fee details (療養費の別) including codes, amounts, and dates.

平成 年 月 日 提出

事業所
担当者印

領収書 (Receipt) section with fields for amount, date, and recipient name.

※ 受付日付印

支払を受けたときに記入

支払区分	※ 1: 振込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	預金種別	1: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別段	銀行 金庫 農協	本店 支店
金融機関コード	※			口座名義	
口座番号					郵便局

健保組合に届出してある事業主(会社)の受取者の押印

捺印を忘れずに

② 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

被保険者住所 (申請者) 氏名 東京都港区青山1-2-3 ハートイン青山101 東武太郎 (印)

③① 代理人の氏名と印 (フリガナ) 大林 力 (印) 委任者と代理人との関係 事業主(会社)の担当者が記入

代理人の住所 ③② 郵便番号 (フリガナ) 東京都文京区本駒込2-29-22

③③ 住所コード ※

医師の診断書を必ず添付してもらいますので、この欄は全て無記入で結構です。

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	時間内 時間外 休日・深夜	投薬	内服 外用
往診	普通・難路 夜間・暴風雨雪 同、家屋	注射	皮下筋肉内 静脈内
指導		処置及び手術	材料 麻酔剤
投薬	内服 外用 外用調剤	検査	レントゲン 透視 造影
注射	皮下筋肉内 静脈内	その他	入院
検査			1月未満 1月～3月未満 3月以上の 給食の有・無
レントゲン	透視 造影		日間 (日～日) 日間 (日～日) 日間 (日～日)
処置及び手術	材料 麻酔剤		合計
その他			円
合計			円

(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下さい。
(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下さい。
(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」をつけて下さい。
(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」及び「実費についての領収証書」をつけて下さい。
(4) 海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」及び「診療明細書」をつけて下さい。
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下さい。

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 (印)