

被保険者 療養費支給申請書
家 族

被保険者証の 記号と番号	記号	番号		事業所名				
被保険者氏名	Ⓜ			被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日
受診者氏名		被保険者 との続柄		受診者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日
被保険者の住所	〒 —							
被保険者の連絡先	電話番号	— —		携帯番号	— —			
傷病名								
発病又は負傷 の年月日	平成	年	月	日				
発病又は傷病 の原因								
傷病の経過								
診療を受けた 医療機関	所在地	〒 —			名称			
					担当医氏名			
診療の内容				業務上、または通勤途 上での傷病で	いずれかに○をつけてください↓ 有 ・ 無			
診療の期間	自	年	月	日間	診療に要した 費用	円		
	至	年	月					
療養の給付を受けることが 出来なかった理由 いずれかに○をつけてください→	1 保険証不携帯もしくは手続中による受診 2 治療用装具の作成 3 その他 ()							
第三者行為に よる 傷病で	いずれかに○をつけてください↓ 有 ・ 無			→有の 場合は	第三者行為による 傷病届の提出	いずれかに○をつけてください↓ 提出済 ・ 未提出		

被保険者名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。

振込先	銀行	支店	種別	口座番号
			普通	

<添付書類>領収書の原本

備考	
----	--

事業主住所氏名及び印	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	〒 — () Ⓜ

社会保険労務士の提出代行者印	
	Ⓜ

.....
受付日付印

保険証不携帯で受診し、診療報酬明細書の発行がされなかった場合のみ、以下の領収（診療）明細書を医療機関に提示して証明してもらってください。

領収（診療）明細書

受診者氏名		傷病名	
診療または手当の期間	年 月 日 ~ 年 月 日	診療実日数	日間
診療の内容		摘要（薬名、用量等の明細）	
初診	時間外・休日・深夜 回 円		
再診	再診 回 円		
	外来管理加算 回 円		
	時間外 回 円		
	休日 回 円		
	深夜 回 円		
医学管理	円		
在宅	往診 回 円		
	夜間 回 円		
	深夜・緊急 回 円		
	在宅患者訪問診療 回 円		
	その他 円		
投薬	内服薬剤 単位 円		
	調剤 × 回 円		
	屯服薬剤 単位 円		
	外用薬剤 単位 円		
	調剤 × 回 円		
処方 回 円			
麻毒 日・回 円			
調基 円			
注射	皮下筋肉内 回 円		
	静脈内 回 円		
	その他 回 円		
処置	回 円		
	薬剤 円		
手術	回 円		
麻酔	薬剤 円		
検査	回 円		
	病理 薬剤 円		
画像	回 円		
	診断 薬剤 円		
その他	処方せん 回 円		
	薬剤 円		
入院	入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日		
	病診 入院基本料・加算	食事・生活 × 回 円	
	× 日間 円		
	× 日間 円		
× 日間 円			
特定入院料・その他		円	
平成 年 月 日 上記のとおり相違ありません。			
医師の住所 〒 -		氏名	㊞