

<p>◎注意事項</p> <p>(注)療養費支給申請書には以下のもの(原本)を添付してください。返却はいたしません。</p> <p>1. 治療用装具(①コルセットなど)②リハビリ用治療用がね③リハビリ用弾性着衣</p> <p>2. マイナ保険証等を持参しなかったため自費で診療を受けた場合、次頁の領収明細書に医療機関の証明を受けるか、「診療報酬明細書」を添付してください。</p> <p>◎「発病、負傷の原因」について、「不詳」は受付不可となりますので、「可能な限り」記入ください。</p> <p>◎記入内容を訂正する場合は、「訂正箇所」を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)を記入してください。</p> <p>◎後期高齢者医療制度(75歳以上または65歳以上の喪たき)に該当している人は市町村へ請求。</p>	<p>医療費</p> <p>①決定点数 × 一部負担金 = 支給額</p> <p>②施術料金 × 回数 = 決定金額</p> <p>③支給額 × 回数 = 決定金額</p>	<p>不支給の理由</p> <p>1. 緊急のものと同認められない。</p> <p>2. 療養の給付が困難と認められない。</p> <p>3. 全部 年 月 日 前降</p>	<p>技官意見</p>
<p>健康保険 被保険者 療養費支給申請書</p>			
<p>2 融 銀行 本店 給与振込 普通 フリガナ ミヅバ</p> <p>機関名 〇〇〇〇 信用金庫 〇〇 支店 口座番号 〇〇〇〇〇〇 預金の名義人 三葉 健太</p>	<p>被保険者等の記号番号 〇 - 〇〇〇〇 被保険者の氏名 三葉 健太</p> <p>被保険者の住所・TEL 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 TEL 〇〇〇 (〇〇〇〇)〇〇〇</p>	<p>3 傷病名 〇〇〇〇〇〇〇 事業所名 機〇〇〇〇〇〇</p> <p>いつ 令 〇年 〇月 〇日頃 負傷または発症した場所 <input type="checkbox"/>事業所内 <input type="checkbox"/>自宅 <input checked="" type="checkbox"/>その他(〇〇)</p> <p>発病、負傷の原因(または状況) 例)犬の散歩中に転倒し、手首を強打した。 例)以前から肩に違和感があり受診したところ、治療が必要になった。 例)小児治療用眼鏡)就学前健診で指摘を受けて受診し、装着指示をうけた。</p>	<p>4 診療又は手当を受けた医師、産科医師、その他の住所・氏名 〇〇〇市〇〇〇町〇〇〇 〇〇〇〇 病院 〇〇〇〇</p> <p>診療又は 〇〇・〇・〇 から 左の期間のうち 〇〇・〇・〇 から 診療又は手 〇〇〇 円</p> <p>手当の期間 〇・〇・〇 まで 〇日間 入院期間 〇・〇・〇 まで 〇日間 当に要した費用の額</p> <p>マイナ保険証等で診療又は手当を受けることが出来なかった理由(くわしく書いてください) 例) 装具装着のため、治療用眼鏡装着のため マイナ保険証等を携帯せずに受診し、全額支払いをした 当健保資格を申請中に以前の健保資格で受診してしまった 等</p>
<p>6 担当医が記入するところ</p> <p>傷病名 患者氏名</p> <p>上記の傷病のため、治療用装具(装具名) ( )の装着の必要を認めます。 令和 年 月 日 装着</p> <p>上記の傷病のため、CCの輸血(生鮮血)の必要を認めます。 令和 年 月 日 輸血</p> <p>上記補装具の装着・輸血が行われたのは 入院中である ・ 入院中ではない (必ず記入してください)</p> <p>(所在地および名称は手書き不可です。必ずゴム印を押印ください。)</p> <p>令和 年 月 日 住所 医療機関名</p>	<p>5 診療又は手当を受けた者(氏名) 三葉 花子 被保険者との続柄 長女 生年月日 〇年 〇月 〇日 年齢 〇〇 歳</p>		

- ◎ 対象者、対象月、入院、外来、調剤それぞれで申請してください
- ◎ 提出資料は返却できません
- ① 対象に「○」  
[被保険者] = 本人  
[家 族] = 本人以外(被扶養者)
- ② 被保険者(本人)名義の口座
- ③ [業務上(通災含)による疾病]は、健康保険の使用対象外のため、事業所へ確認してください
- ④ 装具の場合は  
採寸～装着までの受診期間
- ⑤ 申請金額(領収証の金額)  
装具は装具の金額
- ⑥ 装具、眼鏡は使用期間が定められていますので、使用期間内の申請は対象外となります
- ⑦ 装具、輸血等の申請で  
証明書が添付できない場合は、  
⑥に医師の記入を受けてください

7 領収明細書

患者氏名	生年月日	令和-令和 平成	年	月	日生
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					
療養の内訳		薬名・用量等の明細			※ 決定金額
受診月日	月 日	月 日	月 日	月 日	
診療科	初診 時間外・深夜 日	点 (円)	点 (円)	点 (円)	
	再診 時間内 深夜 日	点 (円)	点 (円)	点 (円)	
	再診 時間外 普通 日	点 (円)	点 (円)	点 (円)	
投薬	内服薬 剤別 剤別 単位 目 単位 目 単位 目	点 (円)	点 (円)	点 (円)	
	外用薬 剤別 剤別 単位 目 単位 目 単位 目	点 (円)	点 (円)	点 (円)	
	処置 剤別 剤別 単位 目 単位 目 単位 目	点 (円)	点 (円)	点 (円)	

- (2ページ目)
- 申請者が記入する書面ではありません
- 装具、眼鏡以外で、10割負担した時に [診療報酬明細書]※の発行が受けられない場合は ⑦に医療機関の内容証明を受けてください
- ※)薬局分は[調剤報酬明細書]
- ⑧会計時に渡される[診療明細書]や[医療費明細書]では内容が不足しているため、代用できません

◎以前の健康保険資格で誤受診した療養費申請の添付資料(下記すべて)

- ・ 診療報酬明細(レセプト)
- ・ 以前の健康保険へ返納した時の領収証(原紙)
- ⑨対象者の氏名が明記されていない場合、対象者についての支払いであることが確認できる書面の写し(返納通知、案内等)