

被保険者
家 族

療養費支給申請書(立替払等、治療用装具、生血)

健康保険

一般、歯科、調剤

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者記号・番号			②生年月日			③被保険者の(申請者)氏名と印			(フリガナ)								
				昭和 平成 令和						印								
	④事業所の	名称							☎			-						
		所在地																
	⑤被保険者の(申請者)住所		郵便番号							(自宅) ☎			-					
			(フリガナ)								(携帯) ☎			-				
	⑥療養が被扶養者に関するときは		氏名				⑦生年月日			昭和 平成 令和			年 月 日			⑧被保険者との続柄		
	⑨傷病名								⑩発病又は負傷の年月日			平成・令和			年 月 日 時頃			
	⑪発病又は負傷の原因及びその経過								負傷の場合は場所						⑫第三者行為によるものですか			
															いいえ はい			
⑬診療を受けた病院等	名称							診療した医師氏名										
	所在地																	
⑭診療の期間(支給期間)又は装具装着日	自	年	月	日	日数	⑮入院・入院外の別			⑯入院の場合:左記の入院期間			⑰診療に要した費用の額						
	至	年	月	日	日	入院外・入院			自 令和 年 月 日 日間			至 令和 年 月 日 円						
⑩診療の内容								⑲療養の給付を受けることができなかった理由										

受 取 代 理 人 の 欄	⑳ 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。										令和 年 月 日		
	被保険者		住所										
	(申請者)		氏名								印		
	代理人		住所										
(実際に給付金を受領する者)		氏名								印			
委任者と代理人との関係													

振 込 金 融 機 関 の 欄	㉑										預金種別				
	銀行名		銀行		(フリガナ)		信用金庫		信用組合		支店		1. 普通		
	口座番号		口座名義		(カタカナ)								2. 当座		

(受付日付印)

社会保険労務士 提出代行者の印							印		
--------------------	--	--	--	--	--	--	---	--	--

◎記入の方法は裏面に書いてありますので、よくお読みください。

領 収 (診 療) 明 細 書

(備考)

一のす
七字で
五句に
円を申
以下請
の消し
の対
「象
診と
療な
名・る
明・費
細・用
書」
・につ
・い
・て
・領
・収
・証
・書
・を
・記
・入
・し
・て
・い
・る
・と
・き
・は
・「
・領
・収
」
。

患者名				傷病名							
入院外				入院							
初診	時間外・休日・深夜	回	内訳	初診	時間外・休日・深夜	回	内訳				
再診	再診	×	回	投薬	内服		単位				
	外来管理加算	×	回		屯服		単位				
	時間外	×	回		外用		単位				
	休日	×	回		調剤		回				
	深夜	×	回		麻毒		回				
指導				注射	皮下筋肉内		回				
在宅	往診		回		静脈内		回				
	夜間		回		その他		回				
	深夜・緊急		回		処置	薬剤		回			
	在宅患者訪問診療		回			手術・ 麻酔	薬剤		回		
	その他		回	検査		薬剤		回			
投薬	内服	薬剤		単位	診画 断像	薬剤		回			
		調剤	×	回		その他	処方せん	×	回		
	外用	薬剤		単位	入院	入院年月日	年	月	日		
		調剤	×	回			病	診	衣	入院料	×
	処方	×	回	麻毒						×	日間
調基		回	検査						×	日間	
注射	皮下筋肉内		回	診画 断像			薬剤		回	×	日間
処置	薬剤		回	その他	処方せん	×	回	×	日間		
	薬剤		回	食事	薬剤		回	×	日間		
手術・ 麻酔	薬剤		回		特定入院料・その他				×	日間	
	薬剤		回		基準				×	日間	
検査	薬剤		回		合計	円	×	日間	円	×	日間
	薬剤		回			円	×	日間	円	×	日間
診画 断像	薬剤		回	円		×	日間	円	×	日間	
	薬剤		回	円		×	日間	円	×	日間	
その他	処方せん	×	回	合計		円			円		
	薬剤		回								
合計	円			合計	円						
上記の通り領収(診療)いたしました。											
令和 年 月 日 〇 - -											
住所 ①											
医師の 氏名 ②											

治療用装具を必要とする意見書									
補装具の装用に必要とする者の 氏名及び生年月日	氏名	男 女	生 年 月 日	昭 平 令	年	月	日	生	歳
傷病名		治療用装具名							
上記疾患により、治療のための装具を必要とする。									
上記の通り証明する。									
令和 年 月 日									
住所									
療養取扱医療機関名									
保険医 ③									

サザビリー健康保険組合