

被保険者
家 族

療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の 記 号・番号	記号 番号	氏 名		事業所名			
	傷 病 名					発病又は負傷 の 年 月 日	年 月 日 (負傷の場合は、時頃)	
	発病または負傷の 原因およびその経過							第三者行為に よるものですか いいえ ・ はい
	診療を受けた病医院 の名称および所在地		名 称			所在地		
	診療の期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間		1. 通院 2. 入院	診療に要し た費用の額	金 円也	
	療養の給付を受けるこ とができなかった理由		1. 治療用装具の作成 2. その他 []					
	申請者が被扶養者に 関するときはその者の		氏 名	生年月日	年 月 日	被保険者 との続柄		
	上記のとおり申請します。 朝信健康保険組合 理事長 殿 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 ⑨ 電話番号 ()							

委 任 状	私は事業主を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する権限を委任いたします。							
	年 月 日							
	被保険者の		住所	氏名	⑨			
代理人の		住所	氏名	⑨				

※退職後に請求する場合は記入してください。

振込みを希望 する金融機関 ※郵便局不可	銀 行 信用組合 本店 信用金庫 農 協 支店					
	預金種別	普 通 ・ 当 座	口座番号		(フリガナ) 口座名義	

【注意事項】

- 被保険者の記号・番号(健康保険証の上部に記載されている記号と番号)と印は漏れのないようにご注意ください。
- 負傷の原因が第三者によるもの場合は、別の届を提出していただくことがあります。
- 既に申請の対象となる費用について診療内容明細書の発行を受けている場合は、領収(診療)明細書のかわりにその診療内容明細書を添付してください。なお、以下に該当するときは、それぞれの書類を併せて添付してください。
 - 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」。
 - コルセット、ギプス、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」。
 - 靴型装具の申請の場合は当該装具の写真(患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)
 - その他、健康保険組合が療養費の支給を決定するために必要として、別に書類の提出を求めた場合は、その書類。

領 収（ 診 療 ） 明 細 書

患 者 名				傷 病 名			
初 診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数	処 置	回	公費分点数
	再 診	×	回		薬 剤		
	時 間 外	×	回		手 術	回	
	深 夜	×	回		麻 酔	薬 剤	
	そ の 他	×	回				
指 導					入院年月日	年 月 日	
					入院料	点	
					×	日間	
					×	日間	
					×	日間	
在 宅	往 診	回			入院時医学管理料		
	夜 間	回			×	日間	
	深夜・緊急	回			×	日間	
	そ の 他	回			×	日間	
投 薬	内 服				×	日間	
	頓 服				×	日間	
	外 用				×	日間	
	調 剤				×	日間	
注 射	皮下筋肉内	回			特定入院料・その他		
	静 脈 内	回					
	そ の 他	回			そ の 他		
検 査					合 計		
	薬 剤						
画 像 診 断							
	薬 剤	回					

上記のとおり領収(診療)いたしました。 年 月 日

保険医療機関の
住所および名称
保 険 医 名 称 Ⓜ

電話番号 ()