

届書コード	処理区分	届書	1.立替払等 2.治療用装具 5.生血
300			

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)  
 家 族 (立替払等、治療用装具、生血)

社会保険委員  
の点検済印

被保険者証の記号・番号			④ 生年月日	⑤ 被扶養者番号	⑥ 給付記録番号	⑦ 受取代理人	送信	⑧ 受付年月日
①	②	③	3...大昭平令 5...79	*	*	*0:無有 1:有		* 年 月 日
⑨ 被保険者の(申請者)氏名と印		(フリガナ)	⑦ 名称	① 所在地				
被保険者の(申請者)住所		⑩ 郵便番号	(フリガナ)	(電話番号)				
療養が被扶養者に関するときは、その者の		⑨ 氏名	① 生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日生	④ 被保険者との続柄		
⑫ 傷病コード	*	⑬ カナ		*	⑭ 傷病名	⑮ 発病または負傷年月日(療養開始日)		
⑯ 発病または負傷の原因及びその経過						⑮ 第三者行為によるものですか。 0:いいえ 1:はい		
診療を受けた病院等		⑰ 名称	⑱ 診療した医師氏名					
		⑰ 所在地						
⑰ 診療の期間(支給期間)	自 年 月 日	⑰ 日数	⑱ 入院・入院外の別	⑲ 入院の場合左記の入院期間		⑳ 診療に要した費用の額		
		至 年 月 日	0:入院外 1:入院	自令和 年 月 日	至令和 年 月 日	円		
㉔ 診療の内容		㉕ 療養の給付を受けることができなかった理由						
医療費の助成について		1.受けている ( )		2.受けていない				

◎ 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。

支払金融機関の欄	⑱ 支払区分	*	⑳ 預金種別	㉑ 口座名義	技官等 意見
	⑱ 金融機関コード	*	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	銀行 協 本店 金 農 支店	
	㉒ 口座番号	*			

受取代理人の欄	㉓ 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。		令和 年 月 日提出
	被保険者の住所(申請者)氏名		令和 年 月 日 受付日付印
	㉔ 代理人の氏名と印	(フリガナ)	㉕ 委任者と代理人の関係
	代理人の住所	㉖ 郵便番号	(フリガナ)
	㉗ 住所コード	*	送信

被保険者証の記号・番号			① 被保険者の (申請者) 氏名と印	(フガナ)
①	②	③		

患者名	傷病名
-----	-----

入院外				入院			
初診	時間外・休日・深夜	回		初診	時間外・休日・深夜	回	
再診	再診 外来管理加算 時間外 休日 深夜	× × × × ×	回 回 回 回 回	投薬	内服 頓服 外用 処方 麻毒調	剤 剤 剤 剤 剤	単位 単位 単位 日 日
指導				注射	皮下筋肉内 静脈内 その他		回 回 回
在宅	往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他		回 回 回 回	処置	薬 剤		回 回
投薬	内服 { 薬 剤 調 剤 } 頓服 { 薬 剤 調 剤 } 外用 { 薬 剤 調 剤 } 処方 麻毒調	×  × × ×	単位 回 単位 回 単位 回 回 回	手麻術・酔	薬 剤		回 回
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他		回 回 回	検査	薬 剤		回 回
処置	薬 剤		回 回	画診 像断	薬 剤		回 回
手麻術・酔	薬 剤		回 回	その他	薬 剤		回
検査	薬 剤		回 回	入院	入院年月日	年 月 日	
画診 像断	薬 剤		回 回		病 診 衣	入院料	× × ×
その他	処方せん 薬 剤		回 回	入院時医学管理料		× × ×	日間 日間 日間
合計			円	食事	特定入院料・その他		
				基準			
					円 × 円 × 円 × 円 ×		日間 日間 日間 日間

上記のとおり領収（診療）いたしました。

令和 年 月 日

住所 〒

医師の 氏名

印

社会保険労務士の提出代行者印	印
----------------	---

(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、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。

(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、別の領収書をつけてください。

(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」および「血液代金の領収書」をつけてください。

(3) 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」および「実費についての領収書」をつけてください。

(4) 海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」および「領収明細書」をつけてください。

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ください。

〔記入上の注意〕

1. 標題の「被保険者」・「家族」の文字は、いずれか該当する方を○で囲んでください。
2. 標題の「被保険者」の文字を○で囲んだときは、㊦・㊧・㊨ 欄に「該当せず」と記入してください。
3. 診療を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合は、㊩ ㊪ ㊫ ㊬ ㊭ ㊮ ㊯ ㊰ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ の欄は、そのように読み替えて記入してください。
4. ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ の欄は、該当する番号を○で囲んでください。
5. ㊴ の欄は、被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。
6. 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、健保組合にある「第三者行為による傷病届」をこの書類に添付してください。
7. 給付金の受領を他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入し、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入してください。

○立替払の場合は、K01「1/2」と「2/2」を提出してください。K02「2/2」は立替払をされた医療機関で記入・押印していただいでください。ただし、「診療報酬明細書」と「領収書」の添付がある場合には、K01「2/2」を添付する必要はありません。

立替払いの場合は、アまたはイの届出をしてください。

ア：K01「1/2」＋「2/2」（医療機関で記入・押印）

イ：K01「1/2」＋「診療報酬明細書」＋「領収書」