

記入見本

届書コード	処理区分	届書
300		

如処理区分	1.立替払等 2.治療用装具 5.生血
-------	---------------------------

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 1 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

◎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。

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	⑧ 受付年月日
① 101	② 1 ③ 9 ④ 5 ⑤ 5 ⑥ 5 ⑦ 5	※	※	※ 0:無 1:有	※ 年 月 日
被保険者の(申請者)氏名と印	⑨ (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 (健保印)	事業所の⑦ 名称	(株)東京ドーム		
被保険者の(申請者)住所	⑩ 郵便番号 105-0022	⑧ 所在地	東京都文京区後楽1-3-61		
療養が被扶養者に関するときは、その者の⑨ 氏名	⑪ 住所コード	⑩ 生年月日	大正昭和平成令和	⑫ 被保険者との続柄	(電話番号) 東京都港区海岸1-15-1-1001 (3432)2299
⑫ 傷病コード	⑬ ナ	⑭ 傷病名	咽頭炎		
⑮ 発病または負傷の原因及びその経過	⑯ 旅先で、急に発熱した。			⑰ 発病または負傷年月日(療養開始日)	〇〇年 4月 1日
⑱ 診療を受けた病院等	⑲ 名称 山岳病院	⑲ 診療した医師氏名	〇× △□		
⑲ 所在地	長野県山岳市1-2-3				
⑲ 診療の期間(支給期間)	⑲ 自 〇 年 月 日 〇 日 〇 日	⑲ 至 〇 年 月 日 〇 日 〇 日	⑲ 日数 4 1	⑲ 入院・入院外の別 〇:入院外 1:入院	⑲ 入院の場合左記の入院期間 自令和 年 月 日 日間 至令和 年 月 日 日間
⑲ 診療の内容	⑲ 診察を受け、薬をもらう。		⑲ 療養の給付を受けることができなかった理由	⑲ 旅行先で、保険証を持っていなかったため。	
⑲ 医療費の助成について	1.受けている () 2.受けていない				

⑲ 支払金融機関の欄	⑲ 支払区分	⑲ 預金種別	⑲ 口座名義	技官等見
⑲ 金融機関コード	1:振込 2:銀行送金 3:当地払	⑲ 1:普通口座 2:当座 3:通帳 4:別	湾岸 銀行 海岸 本店	〇〇
⑲ 口座番号	1234567		ケンポ タロウ	支店

受取代理人の欄	⑲ 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。
被保険者の住所(申請者)氏名	令和 年 月 日
⑲ 代理人の氏名と印	⑲ 委任者と代理人の関係
⑲ 代理人の住所	⑲ 郵便番号
	⑲ 住所コード

令和〇〇年 5月 1日提出
受付日付印

送信

記入見本

届書コード	2. 治療用器具	健康保険	被保険者	療養費支給申請書 (第 1 回目)
3 0 0	届書	1. 立替払等 2. 治療用器具 5. 生血	家 族	(立替払等 治療用器具、生血)

社会保険委員
の点検済印

① 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	⑧ 受付年月日
1 0 1	5 5 5	*	*	*0: 無有 1: 有	年 月 日
⑨ 被保険者の(申請者)氏名と印	⑦ 名称	⑧ 所在地			
健保 太郎	(株)東京ドーム	東京都文京区後楽1-3-61			
⑩ 郵便番号	⑪ 住所コード	⑫ 傷病コード			
1 0 5 - 0 0 2 2	*	*			
⑬ 住所	⑭ 傷病名	⑮ 発病または負傷年月日(療養開始日)			
東京都港区海岸1-15-1-1001 (3432)2299	右足大腿骨骨折	年 月 日			
⑯ 療養が被扶養者に関するときは、その者の氏名	⑰ 生年月日	⑱ 被保険者との続柄			
氏名	年 月 日生				
⑲ 発病または負傷の原因及びその経過	⑳ 傷病名	㉑ 発病または負傷の年月日(療養開始日)			
スノーボードで滑走中、リフトの支柱に激突した。	右足大腿骨骨折	年 月 日			
㉒ 診療を受けた病院等	㉓ 診療した医師氏名	㉔ 診療に要した費用の額			
山岳病院	○ × △ □	12,345 円			
㉕ 診療の期間(支給期間)	㉖ 入院・入院外の別	㉗ 入院の場合左記の入院期間			
自 年 月 日 至 年 月 日	0: 入院外 1: 入院	自令和 年 月 日 日間 至令和 年 月 日 日間			
㉘ 診療の内容	㉙ 療養の給付を受けることができなかった理由	㉚ 診療に要した費用の額			
右足大腿骨骨折後、下肢装具を製作した。	現物給付を受けることができなかったため。	12,345 円			
㉛ 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。


⑱ 支払区分	⑳ 預金種別	㉑ 口座番号	㉒ 口座名義	技官等 意見
1: 振込 2: 銀行送金 3: 当地	1: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別	1 2 3 4 5 6 7	湾岸 銀行 海岸 本店 金庫 農協 支店	
㉓ 金融機関コード	㉔ 口座名義			
*	ケンポ タロウ			

㉕ 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
被保険者の住所(申請者)氏名	印
㉖ 代理人の氏名と印	印
㉗ 代理人の住所	印
㉘ 郵便番号	㉙ 住所コード
+	*

令和〇〇年 4 月 1 日提出
受付日付印

送信

記入見本

被保険者証の記号・番号			⑨ 被保険者の(申請者)氏名と印	(フガナ) ケンボ タロウ
①	②	③	1	健保 太郎
	101			

患者名	健保 太郎	傷病名	咽頭炎
-----	-------	-----	-----

入院外		入院	
初診	時間外・休日・深夜	初診	時間外・休日・深夜
再診	再診 274点 1回	投薬	服薬 単位
再診	外来管理加算 × 回数	投薬	内服 単位
再診	時間外 × 回数	投薬	外用 単位
再診	休日 × 回数	投薬	調剤 × 回数
再診	深夜 × 回数	投薬	麻酔 × 回数
指導		注射	皮下筋肉内 回数
在宅	往診 時間外 × 回数	注射	静脈内 回数
在宅	夜間・緊急在宅患者訪問診療 × 回数	注射	その他 回数
在宅	その他 × 回数	処置	薬 回数
在宅	薬剤 × 回数	処置	剤 回数
投薬	内服 { 薬剤 70点 14 単位	手術・酔	薬 回数
投薬	調剤 9点 × 1 回数	手術・酔	剤 回数
投薬	頓服 薬剤 単位	検査	薬 回数
投薬	外用 { 薬剤 × 回数	検査	剤 回数
投薬	調剤 × 回数	画診	薬 回数
投薬	処方 42点 × 1 回数	画診	剤 回数
投薬	麻毒 × 回数	像断	薬 回数
投薬	調剤 × 回数	像断	剤 回数
注射	皮下筋肉内 回数	その他	薬 回数
注射	静脈内 回数	入院	入院年月日 年 月 日
注射	その他 回数	入院	病 診 衣 入院料 × 日間
処置	薬 回数	入院	× 日間
処置	剤 回数	入院	× 日間
手術・酔	薬 回数	入院	入院時医学管理料 × 日間
手術・酔	剤 回数	入院	× 日間
手術・酔	剤 回数	入院	× 日間
検査	薬 回数	入院	× 日間
検査	剤 回数	入院	特定入院料・その他
画診	薬 回数	食事	基準
画診	剤 回数	食事	円 × 日間
その他	処方せん 回数	食事	円 × 日間
その他	薬 回数	食事	円 × 日間
合計	3,950 円	合計	円

医療機関へのお願い
投薬がある場合は、その内訳を記入してください。
A 1mg 3T
B 5mg 2C
5点×14単位=70点

(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。

上記のとおり領収（診療）いたしました。
令和 ○○年 4月 1日
住所 〒399-9999 長野県山岳市1-2-3
医師の氏名 山岳病院
○× △□ 