記入例

健康保険　被保険者 / 被扶養者　療養費支給申請書

【治療用装具、立替払い等】

令和　年　月　日提出

○記入の方法は裏面を参照してください

被保険者が記入するところ

① 被保険者等の記号・番号	記号 184 / 番号 11	② 被保険者（申請者）氏名	金田　太郎	
③ 被保険者の生年月日	昭和 / 平成　38 年 5 月 20 日	④ 事業所名	○○鋼材(株)	
⑤ 被保険者の（申請者）現住所	〒 108-0000　東京都文京区○○3-2-1	電話（日中の連絡先） 03 （ 0000 ）0000		
⑥ 療養が被扶養者に関するときはその方の	氏名 該当せず	生年月日 昭和 / 平成 / 令和　年　月　日	被保険者との続柄	
⑦ 傷病名	急性胃腸炎	⑧ 発病または負傷の年月日（療養開始日）	平成 / 令和　3 年 5 月 2 日	
⑨ 発病または負傷の原因	（R3 年 5 月 2 日（日）　午前・午後 2 時 00 分頃　負傷・発病） （いつ・どこで・何のために・何をしていて・どのようにして） 旅行中、急に激しい腹痛をおぼえ、近くの病院で治療を受ける。	⑩ 業務上のものですか	はい・いいえ	
		第三者によるものですか	はい・いいえ	
⑪ 診療を受けた保険医療機関等	名称 △△医院	診療した医師の氏名	△△○男	
	所在地 ○○県××市△△4-5-6			
⑫ 診療の期間（支給期間）	自 令和 3 年 5 月 2 日 至 令和 3 年 5 月 2 日　1 日間	⑬ 診療区分 入院・通院	⑭ 診療区分が入院の場合は、その入院期間 自 令和　年　月　日 至 令和　年　月　日　日間	
⑮ 診療の内容	投薬	⑯ 診療に要した費用の額	6,850 円	
⑰ 療養費の支給申請の理由（該当するものに○印を）	① 緊急またはやむを得ない事由により、医療機関で10割負担したため （理由：旅行中のため、健康保険の資格が確認できず全額負担したため） 2. 退職後、誤って以前加入していた健康保険で診療を受けたため 3. 治療用装具を作成したため（装具名：　） 4. その他（　）			

⑱振込口座					
金融機関コード	0000	金融機関名	△△△ 銀行・信金・信組・農協	○○ 本店・支店・出張所	
口座名義（カタカナ）	カネダ　タロウ	預金種別	普通・当座	支店番号 123	口座番号 184△△18

＊被保険者（申請者）以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。

⑲委任状

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（申請者）	住所	〒	
	氏名	㊞	
受領代理人	住所	〒	
	氏名	㊞	被保険者の㊞と別の㊞を押してください
	委任者と代理人との関係		電話（日中の連絡先）（　）

※

R6.12.2

東京金属事業健康保険組合

受付日付印

領収（診療）明細書

患者氏名　　傷病名

入院外			円	入院			円
初診	時間外・休日・深夜			初診	時間外・休日・深夜		
再診	再診	× 回	円	投薬	内服 薬剤	単位	円
	外来管理加算	× 回			内服 調剤	× 回	
	時間外	× 回			頓服	単位	
	休日	× 回			外用 薬剤	単位	
	深夜	× 回			外用 調剤	× 回	
指導			円		処方		
在宅	往診	回	円		麻毒		
	夜間	回			調基		
	深夜・緊急	回		注射			円
	在宅患者訪問診療	回			皮下筋肉内	回	
	その他				静脈内	回	
	薬剤	回			その他	回	
投薬	内服 薬剤	単位	円	処置		回	円
	内服 調剤	× 回			薬剤	回	
	頓服	単位		手麻術酔		回	円
	外用 薬剤	単位			薬剤	回	
	外用 調剤	× 回		検査		回	円
	処方				薬剤	回	
	麻毒			画像診断		回	円
	調基				薬剤	回	
注射	皮下筋肉内	回	円	その他	処方箋	回	円
	静脈内	回		入院	入院年月日	平成 令和　年　月　日	
	その他	回			入院料	× 日間	円
処置		回	円			× 日間	
	薬剤	回				× 日間	
手麻術酔		回	円		入院時医学管理料	× 日間	円
	薬剤	回				× 日間	
検査		回	円			× 日間	
	薬剤	回			特定入院料・その他		円
画像診断		回	円	食事	基準	× 回	円
	薬剤	回			特別	× 回	
その他	処方箋	回	円		食堂	× 日間	
合計			円	合計			円

上記のとおり領収（診療）いたしました。

令和　年　月　日

医療機関所在地
電話番号
医療機関名称
担当保険医