

記入例

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(回目)

平成 年 月 日提出

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の 記号 184 番号 931	② 被保険者 (請求者) 氏名 金田 太郎	③
	④ 被保険者の生年月日 昭和 38年 5月 20日 平成	⑤ 事業所名 〇〇鋼材	
	⑥ 被保険者 (請求者) の現住所 療養が被扶養 者に関するときはその方の	〒113-0000 文京区〇〇町1-2-3 電話 03(0000)0000	
	⑦ 氏名 該当せず	生年月日 昭和 年 月 日 平成	被保険者との続柄
	⑧ 傷病名 急性胃腸炎	⑨ 発病または負傷の年月日(療養開始日) 昭和 20年 9月 20日 平成	
	⑩ 発病または負傷の原因 (どこで・何のために・何をしていた・どのようにして)	⑪ 第三者の行為によるものですか はい・いいえ	
	⑫ 診療を受けた保険医療機関等 名称 △△医院 所在地 〇〇県××市△△4-5-6	診療した医師名 △△〇男	
	⑬ 診療の期間 自平成20年 9月20日 至平成20年 9月21日 1日間	入院 入院のときは入院期間 自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間	⑭ 診療の内容 投薬 診療に要した費用の額 6,850 円
	⑮ 療養の給付を受けることができなかった理由(詳しく)	旅行中のため、被保険者証を携帯していなかった	
	⑯ 振込口座 △△ (銀行) 〇〇 (支店) 普通・当座	口座の種類 店番号 1231841818	口座番号 右詰めでご記入ください フリガナ カネダ タロウ 名義 金田 太郎

被保険者(請求者)以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。

本請求に基づく給付金の受領方を下記代理人に委任します。

平成 年 月 日

東京金属事業健康保険組合

受付日付印

⑰ 委任状	被保険者(請求者)	住所		
		氏名	(③欄と同じ印を押してください)	
	受領代理人	郵便番号	[Redacted]	
		住所		
		氏名	委任者と代理人との関係	
	電話番号 平日昼間の連絡先	()	(会社・自宅・携帯)	

※

○記入の方法は裏面を参照してください

○本請求に関する給付金の受領を代理人に委任する場合は必ず⑰委任状欄に③に押印した印鑑を使用してください

意見および装具装着証明書

患者名	生年月日 (該当する元号に〇)	昭和 平成 年 月 日
疾患名	入院通院の別 (該当する方に〇)	入院 外来
上記の治療疾患のため平成 年 月 日に の装着の必要を認め 平成 年 月 日に装着しました。		
以上証明いたします。平成 年 月 日		
医療機関の所在地 医療機関の名称 医療機関の電話番号 医師名		

領収(診療)明細書

患者名	傷病名	
入院外		入院
初診	時間外・休日・深夜	円
再診	時間内 時間外 休日・深夜	回 回 回
往診	普通・難路 夜間・暴風雨雪 同・家屋	回 回 回
指導		
投薬	内服 頓服 外用 調剤	回 回 回 回
注射	皮下筋肉内 静脈内	回 回
検査		
レントゲン	透視 造影剤	回 回
処置および手術	材料 麻酔 薬剤	回 回 回
その他		
合計	円	円

上記のとおり領収(診療)いたしました。

平成 年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
医療機関の電話番号
医師名