

# 健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (立替払等) 被扶養者

(注意事項) 輸血およびコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほかこれに要した費用の「領収証書」の原本を添付して下さい。

被 保 険 者 の 申 請 書	被 保 険 者 等 号 被 記 号 ・ 番 号	-		被 保 険 者 ( 申 請 者 ) 氏 名	(フリガナ)		
	被 保 険 者 ( 申 請 者 ) 住 所	〒 - - 電 話 - -					
	事 業 所	名 称					
		所 在 地					
	療 養 が 被 扶 養 者 に 関 する 時 刻 は、 そ の 者 の	氏 名			生 年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	
	傷 病 名			発 病 又 は 負 傷 年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		
	発 病 の 原 因 を お よ び 経 過 を 詳 しく 記 入 下 さ い						
	診 療 を 受 け た 医 療 機 関 等	名 称			診 療 し た 医 師 等 の 氏 名		
		所 在 地					
	診 療 を 受 け た 期 間	通 院 期 間	令 和	年	月	日 从 来	年 月 日
入 院 期 間		令 和	年	月	日 从 来	年 月 日	
療 養 に 要 し た 費 用 の 額	円						
診 療 の 内 容							
療 養 費 支 給 申 請 の 理 由 ( 該 当 す る も の に ○ を 付 し て 下 さ い )	1. 入社して間もなく、資格情報を確認できなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し、資格確認書、マイナ保険証を持っていなかったため 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため 4. 海外で受診したため (渡航期間令和 年 月 日～令和 年 月 日) 5. 治療用装具を作製したため 6. その他						
第 三 者 の 行 為 に よ り 負 傷 し た と き	加 害 者 氏 名			加 害 者 住 所			
	負 傷 状 況						
被 保 険 者 名 義 ( 申 請 者 ) 受 取 金 融 機 関	銀 行			種 別	7ケタで記入		
	信 用 金 庫	本 店	普 通		口 座 番 号		
	信 用 組 合	支 店	当 座			口 座 名 義 ( カ タ カ ナ )	
農 協							

受 取 代 理 人 の 欄	被 保 険 者 ( 申 請 者 )	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日 氏名 住所「被保険者 (申請者) 情報」の住所と同じ					
	代 理 人 ( 口 座 名 義 人 )	住 所	〒 - - 電 話 - -				
		氏 名	(フリガナ)				

同 意 欄	療養を受けた海外の医療機関等に貴組合が文書等により当申請内容を照会することに同意します。	支 払 日 付 印	受 付 日 付 印
	被 保 険 者 氏 名		
社会保険労務士の提出代行者名記載欄			

(千葉県トラック健康保険組合)

# 領収(診療)明細書

( 月 日から 月 日までの分)

患者名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	傷病名				
診 察 料	初診	時間外・深夜	円	診療実日数 日	転 帰			
	再 診	{	時間内		回	治 癒	死 亡	中 止
			時間外		回			
住 診	{	普通	km	回				
		夜間・難路	km	回				
	深 暴 同	夜 風 一	夜 雨 家	回 回 回				
指導料				円				
投 薬 料	内服		回	円				
	屯服		回					
	外用		回					
	調剤		回					
注 射 料	皮下	筋肉	回	円				
	静脈	内	回					
	その他		回					
検 査 ・ レ ン 料			回	円				
	透視		回					
	造影		回					
			回					
処 置 ・ 手 術 料			回	円				
	材料		回					
	麻酔		回					
	剤		回					
入 院 料	自給	月 日 至 月 日	日間	円				
	無給		日間					
	その他( )		日間					
	入院年月日	令和 年 月 日						
その他				円				
合 計				円				
<p>上記のとおり領収(診療)いたしました。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 - -</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: right;">電話 - -</p> <p>医療機関の名称</p> <p style="text-align: center;">医師の氏名</p>								

(注意事項)

1. 領収(診療)明細書の右側余白に薬剤および注射薬の名称および数量を記入して下さい。
2. 歯科診療の場合は、別に領収(診療)明細書を作成して下さい。
3. 輸血およびコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「治療のため必要と認める旨の証明書」を交付して下さい。  
この場合、うえの領収(診療)明細書の記入は必要ありません。