

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

(立替払等、治療用装具)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号・番号		② 生年月日	大 昭 平 年 月 日 (歳)
	③被保険者の (申請者) 氏名と印	フリガナ 印	④ 被保険者の 住所・電話	〒 日中連絡が取れる電話番号 ()
	⑤ 事業所の名称 (会社名)		⑥ 所属部署	電話 ()
	⑦申請が被扶養者 に関するときはその 者の	ア) 氏名 被保険者との続柄()	イ) 生年月日	明 大 昭 平 年 月 日 (歳)
	⑧ 傷病名		⑨発病又は負 傷の年月日	年 月 日 (負傷の場合は : 時頃)
	⑩ 発病又は 負傷の原因 及びその経過		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 病院等	ア) 名称 医師の氏名()	イ) 所在地	〒
	⑬ 診療の期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	⑭ 入院・入院外	⑮ 診療に要した 費用の額 円
	⑯ 診療の内容			
	⑰ 療養の給付を受ける ことができなかった 理由 (詳細に)			

⑱ 振 込 先	銀行名	支店名	支店コード
	銀行	店	
受 取 人	預金種目	口座番号	口座名義(カナ)
	1.普通 2.当座		

※振込先は、ゆうちょ銀行
以外の金融機関を
ご記入ください。

⑲ 委 任 状	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。		
	住所 〒 被保険者の 氏名 印	平成 年 月 日	
	住所 〒 代理人の 氏名 印	(委任者と代理人の関係)	

受付日付印

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

領収(診療)明細書 【医 科】

(平成 年 月診療分)

患者名				傷病名				
診療期間 (自) 年 月 日～(至) 年 月 日				診療実日数 日間				
入院外				入院				
初診	時間外・休日・深夜	回	点	初診	時間外・休日・深夜	回	点	
再診	再診	×	回	投薬	内服		単位	
	外来管理加算	×	回		屯服		単位	
	時間外	×	回		外用		単位	
	休日	×	回		調剤		日	
	深夜	×	回		麻毒		日	
指導				調基				
在宅	往診		回	注射	皮下筋肉内		回	
	夜間		回		静脈内		回	
	深夜・緊急		回		その他		回	
	在宅患者訪問診療		回	処置			回	
	その他		回		薬剤		回	
投薬	内服	薬剤		手術・			回	
		調剤	×	麻酔	薬剤		回	
	屯服	薬剤		検査			回	
	外用	薬剤			薬剤		回	
	処方	薬剤		画像			回	
		調剤	×		診断	薬剤		回
	麻毒		回	その他	薬剤		回	
調基		回						
注射	皮下筋肉内		回	入院	入院年月日	年	月	日
	静脈内		回		病診衣	×		日間
	その他		回		入院料	×		日間
処置			回		入院時医学管理料	×		日間
	薬剤		回			×		日間
麻酔・手術			回			×		日間
	薬剤		回		×		日間	
検査			回	特定入院料・その他				
	薬剤		回	基準				
画像診断			回		円×		日間	
	薬剤		回		円×		日間	
その他	処方せん	×	回		円×		日間	
	薬剤		回		円×		日間	
合計	円 (1点 円計算)			合計	円 (1点 円計算)			

(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、別の診療明細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」および「血液代金の領収証書」をつけてください。
 3 コルセット・ギブス・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証書及び明細」をつけてください。

上記のとおり領収(診療)いたしました。

平成 年 月 日

医療機関の住所
 医療機関の名称
 医療機関の電話番号
 担当医師氏名



領収(診療)明細書 【歯 科】

(平成 年 月診療分)

患者名	傷病各部位	
診療期間 (自)	年 月 日 ~ (至)	年 月 日
		診療実日数 日間

初診	時間外()	休日()	深夜()	乳()	乳・時間外()	乳・休日()	障()	障導()	点		
再診	時間外 ×	休日 ×	深夜 ×	乳 ×	乳・時間外 ×	乳・休日 ×	障 ×				
指導	総指	C指	P指	義歯指	継続	歯清	衛実	F局	F洗	医管	その他
投薬・注射	内屯外注		調 × ×	処方 × ×	情 × + ×	処 × ×			注 × ×		
X線検査	全顎 枚	模 ×	S培 ×	平測 ×	基本 × ×	精密 × ×	その他				
	標 × ×	写 ×	継管診 ×	×	× ×	× ×					
	パ × ×	EMR ×	× ×	× ×	× ×	× ×					
処置・手術	う触 ×	履罩 × ×	填塞 ×	除去 × × ×	知覚過敏 × ×	咬調 × ×	ラバー ×				
	抜髄 ×	感染 ×	根幹 ×	根充 ×	抜髄 ×	感根 ×	加圧 ×	生切 ×			
	×	根拠 ×	×	×	×	×	×	×			
	×	根拠 ×	×	×	×	×	×	×	失切 ×		
	スケーリング × + ×	SRP 前 ×	小 ×	大 ×	Pcur 前 ×	小 ×	大 ×	Pt処 ×			
	拔牙 乳 ×	前 ×	白 ×	難 ×	埋 × + ×	切開 × ×					
その他							特定薬剤				
麻酔	伝麻 ×	浸麻 ×	その他								
補診	維持管理	× × ×	印象	× × × × × × × ×							
	歯冠形成	(生活)前 ×	(前 × + × ×	(窩洞 ×	充形 ×	咬合 × × × × × ×					
	鑄ジ ×	(失活 鑄ジ × + ×	×	修形 ×	試適 × × × × × ×						
	乳 ×	(乳 × + × ×	×	支台築造 メタル	前小 ×	大 ×	その他	前小 ×	大 ×		
	インレー単純	インレー複雑	前歯3/4	4/5冠	全部鑄造冠	前装鑄造冠	ジ ×	EE ×	研磨 ×		
	乳前小銀	×	×	×	×	×	硬ジ ×	充填 × ×	× ×		
	前小パ	×	×	×	×	×	×	充I ×	×		
	前小二	×	×	×	×	×	乳 ×	充II ×	×		
	大パ	×	×	×	×	×	修理 ×	充III ×	×		
	大銀	×	×	×	×	×	装着 ×	その他 ×	×		
大二	×	×	×	×	×	装着 ×	リテーナー ×	×			
14K	×	×	×	×	×	材料 ×	仮着 ×	×			
ボンテック	(鑄造)パ大 ×	パ小 ×	裏装	パ大 ×	パ小 ×	B r 装着 ×	鑄 ×	パ ×	二 ×		
	二 ×	銀 ×	14K ×	他 ×	×	×	バー ×	パ上 ×	下 ×		
	前装 ×	二 ×	×	銀 ×	×	×	×	不持 ×	保 ×		
有床義歯	1~4歯 ×	×	×	双大 ×	×	線 14 双 ×	不 双 ×	レスト無 ×	人工歯 ×		
	5~8歯 ×	×	×	双小 ×	×	鉤 K レスト有 ×	特 レスト有 ×	フック・スパー ×	×		
	9~11歯 ×	×	×	両大 ×	×	双 ×	×	×	×		
	12~14歯 ×	×	×	両大小 ×	×	二 両 ×	×	×	×		
	総義歯 ×	×	×	両前 ×	×	×	×	×	×		
その他											

その他

摘要		合計	減額	割(円) 免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額 円)	円
----	--	-----------	----	--------------------------------	----------

上記のとおり領収(診療)いたしました。

平成 年 月 日

医療機関の住所
医療機関の名称
医療機関の電話番号
担当医師氏名

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。