

健康保険 被保険者 療養費支給申請書  
被扶養者

被保険者証の記号・番号 (枝番記入不要)		事業所の名称所在地	(株) ケーピーエム 東京都渋谷区神南1-2-34
1 5	1 2 3 4		
(フリガナ) 被保険者氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎		生年月日 昭・平 3年 1月 1日
被保険者住所	〒150-0000 東京都品川区西五反田2-15-7 電話 03 - 1111 - 1111		
(被扶養者の療養費の場合) 被扶養者氏名	続柄	生年月日 昭・平・令 年 月 日	
傷病名	右肩骨折		発病または負傷年月日 平・令 4年 3月 31日 <input type="checkbox"/> 発病年月日等不明の場合はチェック
発病または負傷の原因及びその経過	家の階段をふみはずして負傷		交通事故などの第三者行為によるものですか はい・いいえ
診療を受けた病院等の名称・所在地	五反田整形外科 東京都品川区東五反田9-9-9		
診療の期間	令和 4年 4月 1日 ~ 令和 4年 4月 1日 ( 1 日間) 入院・入院外 ※ 装具購入の場合、装着日を記入してください ※ 装着日の場合は1日と記入してください		
診療内容	コルセット		
種別	1. 自費診療 2. 装具購入 3. 小児治療用眼鏡 (装具) 4. 海外診療 5. 血液購入 6. その他 ( )	診療に要した費用 25,000 <del>30,000</del> 円	
療養の給付を受けることができなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 装具作成業者は健康保険契約がないため <input type="checkbox"/> 手続き中で保険証が手元に届いていなかった <input type="checkbox"/> その他理由 ( ) ※保険証を持参し忘れた場合は、原則、申請は受付ませんのでご注意ください。		

訂正が必要な場合は訂正印または欄外(※)へ訂正者を記入

振込先金融機関	日本 銀行	五反田 支店	普通預金口座No.	1 2 3 4 5 6 7
※被保険者名義の口座	(フリガナ) 口座の名義	ケンボ タロウ 健保 太郎		
以下の欄は、受領を代理人に委任するときのみ記入。この場合、上記	受取代理人欄			
	本請求に基づく給付金に関する受領			
	被保険者住所 (申請者) 氏名			
	(フリガナ) 代理人氏名	委任者と代理人との関係		

被保険者以外の口座に振込先を指定したい場合は「受取り代理人欄」に記入のうえ振込先金融機関に受取り代理人の口座を記入

【添付書類についての注意事項】 ※申請内容に応じて添付する書類を確認してください。  
(1) 自費診療の申請のときは、「診療報酬明細書」と「領収書」を添付してください。  
(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」及び「輸血代金の領収証書」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」及び「領収証書」(装具型番等の明細が記載されていない場合は明細書等も必要)を添付してください。  
※靴型装具は、装着する現物の写真も添付してください。  
(4) 海外療養費の申請のときは、「診療内容証明書」及び「領収明細書」をつけてください。なお、外国語で記載されている証明書等には、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。

【記入上の注意事項】  
記入訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押印または欄外「訂正者氏名」にフルネームで署名してください。

(※)  
訂正者氏名：健保 太郎

# 領収（診療）明細書

※自費診療で「診療報酬明細書」が発行されない医療機関であるときは、この用紙に記入してもらってください。

※歯科診療に関する申請のときは、別の領収（診療）明細書を付けてください。

【医療機関へのお願い】 下記項目について、ご記入ください。

患者名		診察開始日	年 月 日
傷病名			
初診	時間外・休日・深夜 点	入院	入院期間 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで
再診	時間内 回数 点 時間外 回数 点 休日・深夜 回数 点		入院料 × 日間 点
指導			入院時医学管理 × 日間 点
在宅			
投薬	内服 単位 点 頓服 × 回数 点 外用 単位 点 調剤 × 回数 点		入院時食事療養費 × 日間 円
注射	皮下筋肉 回数 点 静脈内 回数 点 その他 回数 点	※薬剤名・検査名等ご記入ください	
処置	回数 点		
手術	回数 点		
検査	回数 点		
画像	回数 点		
その他	回数 点		
合計	点 ( 円)		
上記のとおり領収（診療）しました。 令和 年 月 日 所在地 医療機関 名称 医師名 ⑩ 電話			

## 【記入上の注意事項】

記入訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押印または欄外「訂正者氏名」にフルネームで署名してください。

(※)

訂正者氏名： 健保 太郎