



同年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐 係長	係
支給年月日	令和 年 月 日						
支給額							
※ 支給 決議 書	支給内訳	法定					
	付加						
	種 目	請 求	査 定	種 目	請 求	査 定	種 目
	初 診	円	円	注 射	円	円	円
	再 診			検 査			
	往 診			処置及び手術			合 計
投 薬						一部負担	

健康保険 被保険者 療 養 費 支 給 申 請 書 被扶養者 療 養 付 加 金

被 保 險 者 が 記 入 す る こ ろ	㉞ 被保険者証 記号・番号		㉜ 生 年 月 日		㉞ (フリガナ)	
	昭 平 令		年 月 日		被保険者の (申請者) 氏名	
	療養が被扶養者に 関する時はその方の		㉞ 氏名		㉞ 昭 平 令	
	㉞ 被保険者の (申請者) 住 所		(フリガナ)		㉞ 昭 平 令	
	㉞ 事 業 所 の 名 称		㉞ 事 業 所 の 所 在 地		㉞ 被保険者 との続柄	
	㉞ 傷 病 名		㉞ 療養開始日		平 令	
	[発病日時・場所等] ※傷病名がけがの場合のみご記入ください		4. 発病の原因は次のうちどれにあたりますか。		年 月 日	
	㉞ 負傷の 場合その 原因及び 経過		<input type="checkbox"/> 交通事故 ・ <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場の行事 ・ <input type="checkbox"/> 職場の行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない			
	1. 発病をした日は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 出勤日 ・ <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他 ()		5. 「上記4」にあてはまる場合、あなたは次のうちどれにあたりますか。			
	2. 発病をした時間帯は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中 ・ <input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤) <input type="checkbox"/> 出張中 ・ <input type="checkbox"/> 私用 ・ <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 被害者 ・ <input type="checkbox"/> 加害者 ・ <input type="checkbox"/> 相手無			
3. 発病に至った場所は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 会社内 ・ <input type="checkbox"/> 道路上 ・ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()		6. 発病の状況・原因を具体的に記入してください。				
診療を受けた		㉞ 名 称		㉞ 診療した医師氏名		
病 院 等		㉞ 所 在 地				
㉞ 診 療 の 期 間 (支給期間)		自 年 月 日		㉞ 入院の場合、入院の期間		
		至 年 月 日		年 月 日から		
		診 療 日 数		年 月 日まで		
		㉞ 入院・入院外 の 別		㉞ 診療に要した費用の額		
		入院外		円		
		入院				
㉞ 診 療 の 内 容		㉞ 療養の給付を受ける ことができなかった理由				

令和 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名	
--------------------	--

委任状	本請求に基づく給付金の受領方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				

⊗ 代理人 (事業主)	住所					
	事業所名					
	氏名					

【記入上の注意】

1. 標題の「被保険者」「被扶養者」の文字はいずれか該当する方をマルで囲んでください。
2. 1. で「被保険者」にマルをされた方は ⊖⊗⊙ の欄に“該当せず”とご記入ください。
 // 「被扶養者」にマルをされた方は ⊖⊗⊙ の欄に必ずご記入ください。
3. 任意継続被保険者の方は ⊙ の欄に“任意継続”とご記入ください。
4. ⊖「傷病名」の欄が、けがの場合は ⊙「負傷の場合その原因及び経過」の欄を必ずご記入ください。
5. 診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と、医師以外の者から手当を受けた場合は、⊗
 ⊙⊙⊙⊙⊙⊙⊙ の欄はその様に読みかえてご記入ください。
6. 「委任状」の欄は ⊖ の欄は被保険者(申請者)が、また ⊗ の欄は代理人(事業主)がご記入ください。

【添付書類について】

1. 立替払いをした場合

A やむを得ず保険証を持たずに病院へ行き、全額自己負担した場合。

- ① 領収書(原本)
- ② 医療機関から発行された「診療報酬明細書」または、診療内容を記載した証明書(傷病名の記載があるもの)

B 誤って以前加入していた健保組合等の保険証を使用し、その診療費を返還した場合。

- ① 領収書(原本)
- ② 診療報酬明細書(開封しないでください)

2. 治療用装具、コルセット等を作製した場合

- ① 領収証(原本) ※明細が別紙になっている場合はそれも添付
- ② 医師の意見(同意)書又は装具証明書(原本)
- ③ 靴型装具の場合は、当該装具の写真(実際に装着する現物であることが確認できるもの)

※申請書の ⊕ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⊙ 診療の期間(支給期間)(自)の欄に上記の②医師の意見(同意)書の同意年月日をご記入ください。

3. 小児用弱視等の治療用眼鏡を作製した場合

- ① 領収証(原本) ※「治療用眼鏡」と記入されているもの
- ② 保険医の作製指示書等(原本)

※申請書の ⊕ 発病または負傷年月日(療養開始日)の欄と ⊙ 診療の期間(支給期間)(自)の欄に上記の②保険医の作製指示書等の指示年月日をご記入ください。

4. 四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等

- ① 領収書(原本) ※明細がわかるもの
- ② 医師の作製指示書(原本) ※装着部位、手術日等が明記されていること。

領 収 (診 療) 明 細 書

(備考) すでに申請の対象となる費用について領収書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。

患者氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
傷病名	(1) (2) (3)	診療期間		令和	年	月	日から	日まで
初診	時間外・休日・深夜	回	点	(診療実日数)				
再 診	再診	×	回					
	外来管理加算	×	回					
	時間外	×	回					
	休日	×	回					
	深夜	×	回					
医学管理								
在 宅	往診		回					
	夜間		回					
	深夜・緊急		回					
	在宅患者訪問診療		回					
	その他 薬剤							
投 薬	内服薬剤	×	単位 回					
	外用薬剤		単位 回					
	処方薬	×	回					
	麻毒基		回					
	注射		回					
処 置	皮下筋肉内		回					
	静脈内 その他		回					
手 麻 術 酔	薬剤		回					
	薬剤		回					
検 査	薬剤		回					
	薬剤		回					
画 診 像 断	薬剤		回					
	薬剤		回					
そ の 他	処方せん		回					
	薬剤		回					
上記のとおり領収(診療)いたしました。				合計	円 減額 割(円)免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額 円)			
					令和	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 医師の氏名								

領 収 (診 療) 明 細 書

(備考) すでに申請の対象となる費用については領収書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。

患者氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成 令和			年	月	日
傷病名	(1) (2) (3)	診療期間			令和	年	月	日	から	日
初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数						
医学管理										
在宅										
投薬	内服	単位								
	外用	単位								
	調剤	日								
	麻毒	日								
	調基									
注射	皮下筋肉内	回								
	静脈内	回								
	その他	回								
処置	薬剤	回								
手麻酔	薬剤	回								
検査	薬剤	回								
画像診断	薬剤	回								
その他	薬剤									
入院	入院年月日		年	月	日					
	病	診	入院基本料・加算		点					
			×	日間						
			×	日間						
			×	日間						
			×	日間						
		特定入院料・その他								
食事・生活		基準	円×	回						
		特別	円×	回						
		食事	円×	日						
		環境	円×	日						
		基準(生)	円×	回						
		特別(生)	円×	回						
		減・免・猶・I・II・3月超								
合計		円								
		減額	割(円)免除・支払猶予							
		(上記のうち公費負担額)			円					
上記のとおり領収(診療)いたしました。										
										令和
										年
										月
										日
医療機関の所在地										
医療機関の名称										
医療機関の電話番号										
医師の氏名										

領収（診療）明細書

（備考）すでに申請の対象となる費用については領収書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。

患者氏名			性別	男・女		昭和 平成 令和		年	月	日	
傷病名部位						診療期間	令和 年 月 日から 年 月 日まで (診療実日数)				
初診	時間外()	休日()	深夜()	乳()	乳・時間外()	乳・休日()	乳・深夜()	障()	障導()	点	
再診	時間外 ×	休日 ×	深夜 ×	乳 ×	乳・時間外 ×	乳・休日 ×	乳・深夜 ×	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	模 ×	S培 ×	平測 ×	基本 × ×	精密 × ×	その他				
	標 × ×	写 ×	継管診 ×		× ×	× ×					
	パ × ×	EMR × × × ×		× ×	× ×	× ×					
処置	う触 ×	履罩 × ×	填塞 ×	除去 × × ×	知覚過敏 × ×	咬調 × ×	ラバー ×				
	抜 ×	感染 ×	根管 ×	根 ×	抜 ×	感 ×	加 ×	生切 ×			
手術	髓 ×	根 ×	貼 ×	充 ×	髓 ×	根 ×	加 ×	失切 ×			
	スケーリング × + ×	SRP 前 ×	小 ×	大 ×	Pcur 前 ×	小 ×	大 ×	P処 ×			
	抜歯 乳 ×	前 ×	白 ×	難 ×	理 × + ×	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 × × × × × × × × × ×								
	前 ×	前 × + ×	充形 ×	咬合 × × × × × × × × × ×							
歯冠形成	(生活) 鑄 ×	(失活) 鑄 × + ×	(窩洞) ×	修形 ×	咬合 × × × × × × × × × ×						
	乳 ×	乳 × + ×	×	×	× × × × × × × × × ×						
冠修復及び欠損補綴	インレー単純	インレー複雑	前歯3/4冠	4/5冠	全部鑄造冠	前装鑄造冠	ジ ×	EE ×	研磨 ×		
	乳前小銀 ×	×	×	×	×	×	硬 ×	充填 × ×			
	前小パ ×	×	×	×	×	×	ジ ×	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 × ×	リテイナー × ×			
14K		×	×			装着 × ×	仮着 × ×				
ボンテック	鑄 ×	パ大 ×	パ小 ×	裏装 ×	パ大 ×	パ小 ×	Br 装着 ×	鑄 ×	パ ×	一 ×	
	二 ×	銀 ×	×	14K ×	他 ×	×	×	パ ×	屈曲 ×	下 ×	
	前装 ×	パ ×	二 ×	銀 ×	×	×	×	不持 ×	保 ×	×	
有床義歯	1~4歯 ×	×	×	×	双大 ×	双大 ×	線 14 ×	双 ×	不双 ×	レト無 ×	× ×
	5~8歯 ×	×	×	×	双小 ×	双小 ×	レト有 ×	レト有 ×	レト有 ×	フック・スパー ×	× ×
	9~11歯 ×	×	×	×	両大 ×	両大 ×	×	×	×	×	× ×
	12~14歯 ×	×	×	×	両大小 ×	両大小 ×	二 ×	×	×	×	× ×
	総義歯 ×	×	×	×	両前 ×	両前 ×	×	×	×	+	× ×
その他											
その他											
摘要									合計	円 減額 制(円)免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額 円)	

上記のとおり領収(診療)いたしました。

令和 年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
医療機関の電話番号
医師の氏名