

被保険者
家 族 療養費支給申請書

被保険者証の 記号と番号	記号	番号	事業所名		
被保険者氏名			被保険者の 生年月日	昭和 平成	年 月 日
受診者氏名		被保険 者との 続柄	受診者の 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
被保険者の 住所	〒 -				
被保険者の 連絡先	電話番号	- -	携帯番号	- -	
傷病名					
発病又は負傷 の年月日	平成 令和	年	月	日	
発病又は傷病 の原因					
傷病の経過					
診療を受けた 医療機関	所在地	〒 -		名称	
				担当医 氏名	
診療の内容			業務上、または通勤途上 での傷病で	いずれかに○をつけてください↓ 有 ・ 無	
診療の期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	診療に要した 費用	円	
療養の給付を受けることが 出来なかった理由 いずれかに○をつけてください→	1 保険証不携帯もしくは手続中による受診 2 治療用装具の作成 3 その他 ()				
第三者行為に よる 傷病で	いずれかに○をつけてください↓ 有 ・ 無	→有の 場合は	第三者行為による 傷病届の提出	いずれかに○をつけてください↓ 提出済 ・ 未提出	

被保険者名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。

振込先	銀行	支店	種別	口座番号
			普通	

<添付書類>領収書の原本

備考	
----	--

事業主記入欄	
事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	()

社会保険労務士記入欄

受付日付印

保険証不携帯で受診し、診療報酬明細書の発行がされなかった場合のみ、以下の領収（診療）明細書を医療機関に提示して証明してもらってください。

領収（診療）明細書

受診者氏名		傷病名	
診療または手当ての期間	年 月 日 ~ 年 月 日	診療実日数	日間
診療の内容		摘要（薬名、用量等の明細）	
初診	時間外・休日・深夜 回 円		
再診	再診 回 円		
	外来管理加算 回 円		
	時間外 回 円		
	休日 回 円		
	深夜 回 円		
医学管理	円		
在宅	往診 回 円		
	夜間 回 円		
	深夜・緊急 回 円		
	在宅患者訪問診療 回 円		
	その他 円		
投薬	内服薬剤 単位 円		
	調剤 × 回 円		
	屯服薬剤 単位 円		
	外用薬剤 単位 円		
	調剤 × 回 円		
処方 回 円			
麻毒 日・回 円			
調基 円			
注射	皮下筋肉内 回 円		
	静脈内 回 円		
	その他 回 円		
処置	回 円		
	薬剤 円		
手術	回 円		
麻酔	薬剤 円		
検査	回 円		
病理	薬剤 円		
画像	回 円		
診断	薬剤 円		
その他	処方せん 回 円		
	薬剤 円		
入院	入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日		
	病診 入院基本料・加算	食事・生活	× 回 円
	× 日間 円		× 回 円
	× 日間 円		× 回 円
特定入院料・その他			
令和 年 月 日 上記のとおり相違ありません。			
医師の住所		氏名	
〒 -			