

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								
発病又は負傷年月日	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	日間	診療に要した 費用	円	
	至	年	月	日				
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 義の振込先	銀行	支店	種別	口座番号	公金口座を利用
			普通		する・しない

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				
	その他の薬剤			円				
投薬	内服薬	剤	×	単位	円			
	調剤			回	円			
	外用薬	剤		単位	円			
	調剤		×	回	円			
	処方	方		回	円			
	麻毒基調			日・回	円			
注射	皮下筋肉内	回		円				
	静脈内	回		円				
	その他の	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				
				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		×	日間		円	食事・生活
				×	日間		円	
				×	日間		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				
〒 -								