

療養費支給申請書
記入例(証不携帯)

「療養費支給申請書」に必要事項を記入の上、「領収書」と「診療報酬明細書」を添付して健康保険組合へご提出ください。

※療養費支給申請書は、医療機関、診療月、診療区分(入院/外来)が複数の場合、それぞれに支給申請書が必要です。同月・同一区分であっても、院外処方を受けた場合は、医療機関分と調剤薬局分に分けて支給申請書をご用意ください。

記号・番号は保険証にてご確認ください。

外傷性のけがの場合はいつ・どこで・どのような状況で負傷されたのか、具体的に記入してください。別途負傷原因届の提出等をお願いする場合がございます。

交通事故など、第三者の行為による負傷に該当する場合は、別途お手続きが必要となりますので、至急健保へご連絡ください。

被扶養者に関する申請の場合は、被扶養者氏名、生年月日、続柄をご記入ください。

被保険者ご本人名義の振込先口座をご記入ください。
(被扶養者名義は不可)

療養費支給申請書	
被保険者 被扶養者	
(第 回)	
被保険者証の記号・番号	123 第 123456 号
被保険者が勤務する(していた)事業所の名称	株松竹マルチフレックスシアターズ
所在地	104-8422 東京都中央区築地4-1-1-6F
傷病名	急性咽頭炎
発病又は負傷の原因	不詳
傷病の経過	経過良好
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称 ○○市民病院 氏名 □□ □□ 所在地 〒000-0000 大阪府●●△△1-1-1 電話番号
診療又は手当の内容	診察、投薬
入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日
診療又は手当を受けた期間	自 令和1 年 6 月 1 日 至 年 月 日 1 日 間
診療又は手当が被保険者の選定に依る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨	診療又は手当に要した費用の額 金 10,000 円 也
療養の給付又は特別療養費もしくは家族療養費の支給を受けることができなかった理由	誤って前職時の保険証を使用したため 健康保険の切替え手続き中だったため 旅行先(外出先)で保険証不携帯だったため …等
第三者の行為による負傷であるとき	その事実の有無 無し
被扶養者に関する申請のとき	氏名 生年月日 昭和 年 月 日 被保険者との続柄
振込希望の銀行又は郵便局名	○○○○ 銀行 ■■ 支店(第 0000000 号)・郵便局
上記のとおり申請します。 令和1 年 8 月 15 日	
住所 〒000-0000 大阪府□□●●1-2-3 氏名 健康 花子	
健康保険組合理事長 殿	

領収書に記載されている金額をご記入ください。

忘れずに被保険者の住所・氏名をご記入ください。

領収(診療)明細書	
(月 日から 月 日までの分)	
患者名	職務上の事由 職務上・下り後 3月以内・通勤災害 傷病名
初診	時間外 日 夜 注 射 皮下筋肉内・静脈内 同
再診	再時間外 日 夜 検査 薬 剤 同
往診	普通 夜間 深夜 同 同 レゲニン ト 同 同
指導	内服 外用 調剤 単位 単位 単位 同 同 同 同
入院	1月未満 日間(日～ 日) 1月～3月未満 日間(日～ 日) 3月以上 日間(日～ 日) 合計 同 同 同 同
上記のとおり領収(診療)いたしました。 年 月 日 添付書類がそろっていれば、裏面の記入は不要です。 氏名	
委任状	私は 年 月 日 請求した 被保険者 療養費のうち 金 円 也の受領に関すること。 年 月 日 被保険者の 住所 〒 氏名 代理人の 住所 〒 氏名
長希望の銀行又は郵便局名	銀行 支店(普通 第 号)・郵便局
領収書	金 円 也 但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 〒 氏名

(注意事項)
3.2.1. 領収書は、領収書を作成するときは、「領収書」の字句を消して、「診療明細書」として下さい。
交付した領収書は、領収書を作成するときは、「領収書」の字句を消して、「診療明細書」として下さい。

療養費支給申請書 記入例(治療用装具)

「療養費支給申請書」に必要事項を記入の上、「領収書」及び「(作成内容の分かる)明細書」と「保険医の証明書(同意書や意見書等)」、必要に応じ写真(※)を添付して健康保険組合へご提出ください。

※「靴型装具」の申請の場合は、上記に加えて、当該装具の写真(患者が実際に装着する現物であるものが確認できるもの)の添付が必要です。

支給期間	自 至	年 年	月 月	日 日	日間	資格取得	年	月	日
						資格喪失	年	月	日
						支払年月日	年	月	日

療養費支給申請書

(第 二 回 目)

被保険者証の 記号・番号	123	被保険者が勤務する(してい た)事業所の	名称 松竹株	電話 104-8422	東京都中央区築地4-1-1
傷病名	右アキレス腱断裂			発病又は負 傷の年月日	令和1 年 6 月 1 日
発病又は 負傷の原因	休日にサッカーの練習中、転倒して負傷した。				
傷病の経過	経過良好				
診療又は手 当を受けた医療 機関の名称・ 所在地及び医 師の氏名	名称 〇〇病院	所在地 及び電 話番号	〒 000-0000 東京都●●△△1-1-1		
診療又は 手当の内容	診察、装具の装着			入院期間 コルセット装着日	自至 年 月 日 令和1 年 6 月 1 日
診療又は手当 を受けた期間	自至 令和1 年 6 月 1 日	1 日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 30,000 円	也
診療又は手当が 被保険者の選定 に係る特別の病 室の提供、その他 厚生大臣が定め る療養を含む ときはその旨	領収書に記載されて 金額をご記入ください				
療養の給付又は 特別療養費もし くは家族療養費 の支給を受ける ことができなかった 理由	装具作成のため・・・等				
第三者の行為に よる負傷である とき	その事実 の有無	無し	加害者の氏名	加害者の住所	
被扶養者に関 する申請のとき	氏名	生年 月日	明昭 天平	年 月 日	被保険者 との続柄
支払希望の銀行 又は郵便局名	〇〇〇〇 銀行	支店(営業 部)	第 0000000 号	郵便局	

上記のとおり申請します。

被保険者の住所 〒000-0000
氏名 大阪府□□●●1-2-3
健康 花子

被保険者ご本人名義の振込先口座をご記入ください。
(被扶養者名義は不可)

領収書に記載されている
金額をご記入ください。

忘れずに被保険者の住所・氏名をご記入ください。

領收（診療）明細書

(月 日から 月 日までの分)

患者名		職務上の事由		職務上・下船後・通勤災害		傷病名	
初診	問外 時休日 日曜	円	注冊	皮下筋肉内・静脈内		同	
再診	再診 時休日 日曜	円	検査	その他		同	
往診	普通 夜間 深夜	円 同 同	レゲン ン ト			同 同 同	
指導			処置及び その他			同 同 同 同	
投薬	内服 外用 注射 調剤	単位 単位 単位 単位 同		薬剤		同 同 同 同	
入院	1月未満 1月～3月未満 3月以上 給食の有無	日間(日～ 日) 口開(口 - 口) 日間(日～ 日)	その他 合計			同	

添付書類がそろっていれば、裏面の記入は不要です。

委任状	私は を代理人と定め、次の権限を委任する。						
	年 月 日		請求した被保険者療養費のうち 被扶養者				
	金		円也の受領に関すること。				
	年 月 日						
			被保険者の住所〒 氏名		印		
			代理人の住所〒 氏名		印		
長支店又は郵便局名	銀行	支店（普通当第号）・	郵便局				

金 円也但し

うえの金額を領収いたしました。

健康保険組合理事長 殿
受領者 住所 〒
氏名

【注意事項】
すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して、「診療明細書」として下さい。
輸血・輸血の検査の場合は、別に「領収」明細書を作成して下さい。
輸血とコルセットの申請のときは、「治療」のため必要と認めざるの証明書を交付して下さい。この場合、左の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。

療養費支給申請書
記入例(弾性着衣)

「療養費支給申請書」に必要事項を記入の上、「領収書(弾性着衣の名称や額が記載されたもの)」及び「(保険医による)弾性着衣等装着指示書」を添付して健康保険組合へご提出ください。

※いずれも原本。控えが必要な場合は、予めコピー等お取りください。

記号・番号は保険証にてご確認ください。

外傷性のけがの場合はいつ・どこで・どのような状況で負傷されたのか、具体的に記入してください。
別途負傷原因届の提出等をお願いする場合がございます。

交通事故など、第三者の行為による負傷に該当する場合は、別途お手続きが必要となりますので、至急健保へご連絡ください。

被扶養者に関する申請の場合は、被扶養者氏名、生年月日、続柄をご記入ください。

被保険者ご本人名義の振込先口座をご記入ください。
(被扶養者名義は不可)

支給期間		自 年 月 日	至 年 月 日	資格取得	年 月 日	資格喪失	年 月 日	支払年月日	年 月 日
被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)									
被保険者証の記号・番号	123	被保険者が勤務する(していた)事業所の所在地	松竹株式会社 104-8422 東京都中央区築地4-1-1						
傷病名	*****腫瘍		発病又は負傷の年月日	令和1 年 6 月 1 日					
発病又は負傷の原因	不詳								
傷病の経過	手術後、経過観察中								
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称	〇〇病院	所在地及び電話番号	000-0000 東京都●●△1-1-1					
診療又は手当の内容	診察、弾性着衣の装着		入院期間	自 年 月 日	至 年 月 日	入院期間	自 年 月 日	至 年 月 日	入院期間
診療又は手当を受けた期間	自 令和1 年 6 月 1 日	至 年 月 日	1 日	診療又は手当に要した費用の額	金 30,000	円	也		
診療又は手当が被保険者の選定に依る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨									
療養の給付又は特別療養費もしくは家族療養費の支給を受けることができなかった理由	弾性着衣等作成のため・・・等								
第三者の行為による負傷であるとき	その事実の有無	無し	加害者の氏名						
被扶養者に関する申請のとき	氏名		生年月日	明 昭 天 平	年 月 日	被保険者との続柄			
振込希望の銀行又は郵便局名	〇〇〇〇 銀行	支店(第 〇〇〇〇〇〇 号)	郵便局						
上記のとおり申請します。									
令和1 年 8 月 15 日									
住所 〒000-0000 大阪府〇〇●●1-2-3 健康 花子									
健康保険組合理事長 殿									

領収書に記載されている金額をご記入ください。

忘れずに被保険者の住所・氏名をご記入ください。

領収(診療)明細書

(月 日から 月 日までの分)		患者名	職務上の事由	職 務 上 3 月 以 内	下 局 後 通 勤 災 害	傷病名	
初診	時間外 日 夜	円	注 射	皮下筋肉内・静脈内	同	同	
再診	再時間 日 夜	同	検査	その他	同	同	
往診	普通 夜間 深夜	同	レゲニン	薬 剤	同	同	
指導	内 服 外 用 調 剤	単位 単位 単位	処置及び手術	薬 剤	同	同	
入院	1 月未満 日間(日～ 日)	1 月～3 月未満 日間(日～ 日)	3 月以上 日間(日～ 日)	合計	同	同	
上記のとおり領収(診療)いたしました。							
添付書類がそろっていれば、裏面の記入は不要です。							
私は 年 月 日請求した被保険者療養費のうち 金 円也の受領に関すること。							
被保険者の住所 〒 氏名 代理人の住所 〒 氏名							
振込希望の銀行又は郵便局名 銀行 支店(普通当座 第 号) 郵便局							
金 円也但し							
うえの金額を領収いたしました。							
年 月 日							
健康保険組合理事長 殿							
受領者 住所 〒 氏名							

3.2.1. 注意事項
領収書は、領収書を作成するときは、「領収書」の字句を消して、「診療明細書」として下さい。
交付した領収書は、領収書を作成するときは、「領収書」の字句を消して、「診療明細書」として下さい。

療養費支給申請書 記入例(治療用眼鏡)

「療養費支給申請書」に必要事項を記入の上、「領収書(宛名は作成したお子さんで、何の費用かわかるよう、具体的な品目と金額が記載されたもの)」及び「(保険医による)治療用眼鏡等作成指示書(処方箋)」を添付して健康保険組合へご提出ください。

※いずれも原本を提出。自治体への手続等で控えが必要な場合は、予めコピー等
お取りください。

記号・番号は保険証にてご確認ください。

外傷性のけがの場合は、いつ・どこで・どのような状況で負傷されたのか、具体的に記入してください。

別途負傷原因届の提出等をお願いする場合がございます。

交通事故など、第三者の行為による負傷に該当する場合は、別途お手続きが必要となりますので、至急健保へご連絡ください。

被扶養者に関する申請
の場合は、被扶養者氏
名、生年月日、続柄をご
記入ください。

被保険者ご本人名義の振込先口座をご記入ください。
(被扶養者名義は不可)

領収書に記載されている
金額をご記入ください。

忘れずに被保険者の住所・氏名をご記入ください。

領收(診療)明細書

(月 日から 月 日までの分)

患者名		職務上の事由		職務上・下 初 後 3月以内・通勤災害		傷病名	
初診	時間外 日 翌 時 休 課	円		注射	皮下筋肉内・静脈内 その他		同 回
再診	再診時間 時 休 課	回 回 回 回		検査	薬 剤		回 回 回 回
往診	普通交際 深夜	回 回 回		レゲン ン	回 回 回		回 回 回
指導	回		回		回		回
投薬	内服 注射 調剤 調剤	単位 単位 単位 単位 回	処方 及び 調剤		薬 剤		回 回 回 回
入院	1月未満 1月～3月未満 3月以上 給食の有無	日間 日間 日間	日～ 日～ 日～	日 日 日	その他 合計		回 回 回
上記のとおり領収(診療)いたしました。 年 月 日 添付書類がそろっていれば、裏面の記入は不要です。							
私は 年 月 日 請求した 被保険者 療養費のうち 金 円也の受領に関すること。 年 月 日 被保険者の 住所 〒 氏名 代理人の 住所 〒 氏名							
希望の銀行 郵便局名		銀行		支店 (普通 第 号)・		郵便局	
金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 〒 氏名							

(注意事項)
3.2.1. すでに領収書を発行しているときは「領収書」の字句を消して、「診療明細書」として下さい。
輸血及び輸液の場合は、別に領収書(診察)明細書を作成して下さい。
輸血及び輸液のセット、治療用薬(診察)明細書の記入は毎日のため必要と認められる証明書を交付して下さい。この場合、左の領収(診療)明細書の記入は必要ありません。