

健康保険
被保険者
家族

療養費支給申請書

(立替払等、治療用装具(眼鏡)、生血)

被 保 険 者 （ 申 請 者 ）	健康保険の	記号	番号	生年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日	
	氏 名	(自署)			
	住 所	〒 - Tel			

申 請 内 容	対 象 者 の	氏名	続柄 *本人・妻・長男等	生年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
	傷 病 名		発病または負傷 年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
	発病または 負傷の原因 および経過	*骨折、捻挫などの外傷病名の場合は「負傷原因届」も併せて提出をお願いします。		
	第三者行為によるものですか		☐ はい ・ ☐ いいえ	
	診療を受けた 医療機関等	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	診療を受けた期間 *治療用装具(眼鏡)の 場合領収書の日付	令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間		療養に要した費用の額 または領収書の金額 円
	入院期間がある場合	令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間		
	診療の内容			
	療養の給付が 受けられなかつ た理由	☐ 当組合加入前の保険証を使用したため ☐ 保険証が手元になかったため ☐ 治療用装具(眼鏡)を作成したため ☐ その他()		

【添付書類】

- * 当組合加入前の保険証を使用した
・ 以前加入していた健康保険組合等に返納した領収書（原本）
・ 返金後送付されてくる「診療報酬明細書(写し)」
- * 保険証が手元になかった
・ 医療機関等に支払った領収書（原本）
・ 用紙右側の「領収(診療)明細書」（同内容の診療明細書がある場合は記載不要）
- * 治療用装具(眼鏡)を作成した
・ 領収書（原本） ・ 明細書（原本）
・ 証明書、診断書、作成指示書等医療機関から発行されているもの（原本）
- * 輸血に関する申請
・ 「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」 および「血液代金の領収書」

受付日付印

長谷工健康保険組合

領収（診療）明細書

患 者 名		傷 病 名	
-------	--	-------	--

入 院 外				入 院				
初 診		時間外・休日・深夜 回		初 診		時間外・休日・深夜 回		
再 診	再 診	×	回	投 薬	内 服	単位		
	外来管理加算	×	回		頓 服	単位		
	時 間 外	×	回		外 用	単位		
	休 日	×	回		調 剤	日		
	深 夜	×	回		麻 毒	日		
指 導								
在 宅	往 診	回		注 射	皮下筋肉内			
	夜 間	回			静 脈 内			
	深 夜・緊 急	回			そ の 他			
	在宅患者訪問診療	回						
投 薬	そ の 他	回		処 置	回			
	薬 剤	回			薬 剤 回			
	内服 薬剤	×	単位 回		手 麻 術 酔	回		
	頓服 薬剤		単位 回			薬 剤 回		
薬	外用 薬剤		単位 回	検 査	回			
	調剤	×	回		薬 剤 回			
	処 方	×	回	画 診 像 断	回			
	麻 毒		回		薬 剤 回			
注 射	調 基		回	そ の 他	回			
	皮下筋肉内				薬 剤 回			
処 置	静 脈 内			入 院	入院年月日		年 月 日	
	そ の 他	回			病 診 衣	×	日間	
麻 手 酔 術	薬 剤	回		院			×	日間
	薬 剤	回					×	日間
検 査	薬 剤	回		食 事			×	日間
	薬 剤	回					×	日間
診 画 断 像	薬 剤	回		基 準	特定入院料・その他			
	薬 剤	回						
そ の 他	薬 剤	回		円× 日間 円× 日間 円× 日間				
	薬 剤	回						
合 計	円			合 計	円			

上記の通り領収（診療）いたしました。

令和 年 月 日

医師の 住所

氏名