

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	回数	単位
再診	再診 × 回数	再診 × 回数	再診 × 回数
再診	外未管理加算 × 回数	時間外 × 回数	休日 × 回数
再診	休日 × 回数	深夜 × 回数	
指 導	投 薬	注 射	処 置
在 宅	往診 回数	夜間 回数	深夜・緊急 回数
投 薬	在宅患者訪問診療 回数	その他 回数	手麻酔・酔 回数
注 射	内服 { 薬剤調剤 × 単位 回数	外用 { 薬剤調剤 × 単位 回数	検査 回数
処 置	処方 回数	麻酔調剤 × 回数	両診 回数
注 射	皮下筋肉内 回数	静脈内 回数	その他 回数
処 置	薬剤 回数	入院年月日 年 月 日	入院料 × 日間
手麻酔・酔	薬剤 回数	入院時医学管理料 × 日間	特定入院料-その他 × 日間
検査	薬剤 回数	食事 円 × 日間	円 × 日間
両診	薬剤 回数	円 × 日間	円 × 日間
その他	処方せん × 回数	円 × 日間	円 × 日間
合計	円	合計	円

上記のとおり領収（診療）いたしました。 平成 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 名

(備考)すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」の文字を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。
(添付書類についての注意)
(1)歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書をつけてください。
(2)輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認められた医療担当者の証明書」および「血液代金の領収証書」をつけてください。
(3)コルセット、ギプス、義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」および「実費についての領収証書」をつけてください。
(4)小児弱視等の治療用眼鏡等に関する申請のときは、「治療用眼鏡等が治療用として必要と認められる保険医の作成指示書の写し」および「作成または購入代金の領収証書」をつけてください。
(5)外傷性疾患等については「負傷原因届」(届け用紙は組合事務所にあります)を添付して下さい。
(6)傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」(届け用紙は組合事務所にあります)をこの書類に添付して下さい。

支 払 決 議 書	何年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	課 長	係 長	係
	決定年月日	平成 年 月 日					
	支給額	¥ (内訳)	装着年月日	平成 年 月 日	得 喪	平成 年 月 日	平成 年 月 日

健康保険被保険者療養費支給申請書

① 被保険者証の記号と番号	記号	② 被保険者の氏名と印	③
④ 被保険者の現住所	郵便番号	生年月日 TSH 年 月 日生	④
⑤ 診療が被扶養者に関するときは、その方の氏名	TEL. ()	生年月日 昭和 年 月 日生	⑤ 被保険者との続柄
⑥ 事業所の名称と所在地			
⑦ 傷病名	⑧ 発病又は負傷の年月日	S H 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)	
⑨ 発病または負傷の原因およびその経過	⑩ 第三者行為によるものですか はい いいえ		
⑪ 診療を受けた病院等	名称	所在地	⑪ 診療した医師氏名
⑫ 診療の期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	⑬ 入院・入院外の別	入院・入院外・就学前 高齢
⑭ コルセット装着日(眼鏡等)	平成 年 月 日 (装着)	⑮ 診療に要した費用の額	円
⑯ 診療の内容	⑰ 療養の給付を受けることができなかった理由		

(記入上の注意)
1. 診療を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合は⑪⑫⑬は、そのようによみかえて記入して下さい。
2. ⑯の欄は、該当する番号を○で囲んで下さい。
3. コルセット、ギプス、義肢等に関する申請、または小児弱視等の治療用眼鏡等に関する申請のときは⑭に装着日を記入して下さい。

⑱ 委任状

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日

被保険者 (本人) 住所(〒) 氏名

代理人 住所(〒) 氏名

振込先	フリガナ	フリガナ
	銀行 本店	信用金庫 支店
種別	支店番号	口座番号
普通		
当座		フリガナ
		名義人

※ 受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印