

支給金額	円	決裁年月日	年 月 日	常務理事	事務長	扱者
		資格取得日	年 月 日			
		資格喪失日	年 月 日			

健康保険 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書

被保険者証の 記号・番号		記号	番号	被保険者氏名		
事業所名				事業所 所在地		
診療を受けた 者の氏名		被保険者 との続柄		受診者の 生年月日	年 月 日	
傷病名				第三者行為に よるものですか	はい	いいえ
発病または負傷の 原因およびその経過						
診療を受け た病院等	名称			所在地		
診療内容 該当箇所に○印		医科 調剤	歯科 その他	入院 外来	診療に要した 費用の額	円
療養の給付を受け られなかった理由		1. 被保険者証を持っていなかったため 2. 以前の被保険者証を使用してしまったため 3. 保険契約がないため(治療用装具の装着) 4. その他[]				
診療期間	自	年 月 日	初診	年 月 日	診療 実日数	日
上記のとおり申請します。 <div style="text-align: right;"> 被保険者の住所 _____ 氏名 _____ (印) </div> ミドリ安全健康保険組合理事長 殿						
私は、 _____ 株式会社 <div style="text-align: right;"> (印) を代理人と定め、給付金の受領の権限を委任します。 被保険者の氏名 _____ (印) </div>						

※資格喪失者と任意継続の方は下記の振込口座を記入してください。

振込希望の 金融機関名	銀行 信金	本店 支店	普通 当座	口座番号	
----------------	----------	----------	----------	------	--

被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

記号・番号を記入した場合は、マイナンバーの記入は不要です。
 マイナンバーで申請する場合は、身分証明書の写しを添付してください。

領収(診療)明細書

患者名						傷病名					
入院外(点)						入院(点)					
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	注射				
	外来管理加算	×	回		屯服	単位					
診	時間外	×	回	麻毒基調	外用	単位	処置				
	休日	×	回		処方	日					
	深夜	×	回		麻毒基	日					
指導						注					
在宅	往診			回	麻手酔術						
	夜間			回							
	深夜・緊急			回	検査						
	在宅患者訪問診察			回		薬剤	回				
	その他			回	診画断像						
	薬剤			回		薬剤	回				
投薬	内服	薬剤	×	単位	その他						
	屯服		×	回		薬剤	回				
	外用	薬剤	×	単位							
	処方		×	回	薬剤	回					
	麻毒基調			回							
注射	皮下筋肉内			回	入院	入院年月日		年 月 日			
	静脈内			回		病 診 衣	入院料	×	日間		
	その他			回		学入院	×	日間			
処置	薬剤			回		管理時	×	日間			
麻手酔術	薬剤			回		料医	×	日間			
検査	薬剤			回	特定入院料・その他						
診画断像	薬剤			回	基準						
その他	処方せん	×	回								
	薬剤			回							
合計	請求点	点		円	合計	請求点	点		円		

上記のとおり領収(診療)いたしました。

年 月 日

医師の 住所 氏名

(印)

(備考)すでに申請の対象となる費用については領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「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明細書をつけてください。
 (2) 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」および「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」及び「実費についての領収証書」をつけてください。この場合、右の領収(診療)明細書の記入は必要ありません。
 (3) コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」をつけてください。この場合、右の領収(診療)明細書の記入は必要ありません。