

記入例

【申請書に添付する書類】

- ①医療費領収書（原本）②診療内容明細書
- ③振込口座通帳の口座・名義部分のコピー

例①保険証不携帯等で自費精算した場合の医療費還付申請
 例②資格喪失した保険証で受診し、医療費返納を行った場合の還付申請

被保険者療養費支給申請書

(第 1 回目)

被保険者証の記号・番号	(記号) 51 第(番号) 202 号	被保険者が勤務する(していた)事業所の名称	昭和化学株式会社	電話 電話番号 郵便 番	
傷病名	急性胃腸炎、嘔吐症	所在地	〒川崎市川崎区京町 2-14-2	番号は省略可	
発病又は負傷の原因	不明	発病又は負傷の年月日	令和 2 年 4 月 29 日		
傷病の経過	治療				
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 川崎市立 川崎病院 氏名 大森 花子	所在地及び電話番号	〒 210-0847 川崎市川崎区新川通 12-1 044-233-5521		
診療又は手当の内容	点滴、下痢止め薬処方	入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日	コルセット装着日
診療又は手当を受けた期間	自 令和 2 年 4 月 29 日 至 令和 2 年 4 月 29 日	1 日間	診療又は手当に要した費用の額	金 41,350 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	療養の給付又は特定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				
療養の給付又は特定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	例①夜中に急に腹痛がはじまり、病院へ行こうと保険証を探したが見つからず、精算窓口で提示できなかったため自費精算になってしまった。 例②新しい保険証が届くまでに前の会社の保険証を使ってしまい、医療費を前の組合へ返納したため全額自己負担となった。				
第三者の行為による負傷であるとき	その事実の有無	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 年 月 日	被保険者との続柄	
振込希望の銀行又は郵便局名	被保険者の銀行口座情報		支店(普通第 号)	郵便局	
上記のとおり申請します。 令和 2 年 6 月 18 日					
住所 〒 210-0847		川崎市川崎区小田 3-2-1		健保 幸彦	
健康保険組合理事長 殿					

(注意事項) 輸血及びコルセット等治療用装置に関する申請のときは、「医師の証明書」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

給付金を健保組合から直接受け取る場合は、この欄に「被保険者」の口座情報を記入し、金融機関通帳等の口座番号と名義が記されている部分のコピーを添付して下さい。被扶養者に関する申請においても、給付金は被保険者宛に支給となります。

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	下船後 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	回
再診	再診時間 外 日夜	回 回 回	検査	その他	回 回 回
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レントゲン		回 回 回
指導			処置及び手術		回 回 回
投薬	内服 外用 調剤	単位 単位 単位	薬剤		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～日) 日間(日～日) 日間(日～日)	その他 合計		回
上記のとおり領収(診療)いたしました。 年 月 日 住所 〒 氏名 医師 氏名					

私は昭和化学株式会社を代理人と定め、次の権限を委任する。

令和 2 年 6 月 18 日請求した被保険者療養費のうち
 金 給付額全額 円也の受領に関する事。

令和 2 年 6 月 18 日

被保険者の住所 〒 川崎市川崎区小田 3-2-1
 氏名 健保 幸彦
 210-0025

代理人の住所 〒 川崎市川崎区京町 2-14-2
 氏名 昭和化学株式会社
 取締役社長 昭和太郎

振込希望の銀行又は郵便局名 事業主口座 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) 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。歯科診療の場合は、別に領収(診療)明細書を作成して下さい。輸血及びコルセット等治療用装置に関する申請のときは「治療のため必要と認められる旨の証明書」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。

給付金を事業主経由で受け取る場合は、この欄に記入して下さい。(青は事業主が記入・押印)