

健康保険 療養費支給申請書

記入上の注意

- 1 傷病が外傷（打撲、捻挫、骨折など）であるときは、⑧の欄と⑨の欄は詳しく記入してください。なお、原因が第三者行為（交通事故やけんかなど）によるものは、別途「第三者行為による負傷届」を提出してください。
- 2 ⑮の欄は、療養の給付（被保険者証を使用して医療機関等を受診すること）を受けられなかった理由を詳しく記入してください。
- 3 小児弱視等の治療用眼鏡等を更新する場合は、⑭の欄に更新前の装着年月日と支給申請した保険者（健康保険）名を記入してください。
- 4 保険給付を受ける権利は、2年が経過すると消滅します。療養費は、費用を支払った日の翌日が時効の起算日となります。
- 5 申請に必要な添付書類については裏面をご覧ください。
- 6 この請求書の記載でわからないことがある場合は、健康保険組合（給付課）までお問合せください。

被 保 険 者	① 被保険者証の記号・番号	② 被保険者（請求者）の氏名			
	記号	番号	③ 被保険者の生年月日	昭和・平成	年 月 日
保 険 者 （ 請 求 者 ）	④ 被保険者（請求者）住所	〒 _____ 電話（ _____ ）			
	⑤ 事業所名				
請 求 者 （ が 記 入 す る こ ろ	⑥ 療養が被扶養者のときは、その方の氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄
	⑦ 傷病名	⑧ 発病・負傷の年月日		平成・令和	年 月 日
記 入 す る こ ろ	⑨ 発病・負傷の原因およびその経過 (どこで、何をしていた、どのように) (該当するものを○で囲んでください) 出勤前 通勤途中 仕事中 帰宅後 休日 第三者行為(交通事故・けんか等)によるものですか はい・いいえ		⑩ 診療を受けた医療機関 療養担当医師氏名		
	⑩ 診療を受けた医療機関	名称	療養担当医師氏名		
こ ろ	⑪ 診療期間	平成 令和	年 月 日から	日数	⑫ 診療に要した費用
	⑬ 請求内容	1. 治療用装具 (コルセット・治療用眼鏡等) 平・令 年 月 日装着 2. 立替払等 3. 海外療養費	⑭ 診療内容 ⑮ 療養の給付を受けることができなかった理由		
こ ろ	⑯ 受取代理人	被保険者住所 _____ (請求者) 氏名 _____		令和 年 月 日	
	⑰ 振込指定口座	【被保険者（請求者）又は委任代理人の口座に限りです】		銀行 _____ 支店 _____ 普通当座	
こ ろ	⑱ 備考				受付年月日
※ 支給額 _____ 円					

提出先 〒550-0014 大阪市西区北堀江2-2-25久我ビル南館8階
大阪府木材健康保険組合

TEL 06(6541)1481

この用紙はA4サイズにコピーまたは印刷してご使用ください

大阪府木材健康保険組合

2021.06

領収（診療）明細書 （入院・入院外）

患者氏名		性別	男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
傷病名				診療期間	平成・令和 年 月 日 から 年 月 日 まで (診療実日数) 日
初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数	
再診	再診	×	回		
	外来管理加算	×	回		
	時間外	×	回		
	休日	×	回		
	深夜	×	回		
医学管理					
在宅	往診		回		
	夜間		回		
	深夜・緊急		回		
	在宅患者訪問診療		回		
	その他				
	薬剤		回		
投薬	内服	薬剤	単位		
	調剤	×	回		
	頓服	薬剤	回		
	外用	薬剤	単位		
	処方	調剤	×	回	
	麻毒	基	回		
注射	皮下筋肉内		回		
	静脈内		回		
	その他		回		
処置			回		
	薬剤				
手麻酔			回		
	薬剤				
検査			回		
	薬剤				
診画像			回		
	薬剤				
その他	処方せん		回		
	その他		回		
	薬剤		回		
入院	入院年月日		年 月 日		
	病診	入院基本料・加算		点	
		×	日間		
		×	日間		
		×	日間		
	特定入院料・その他				
食生活	基準	円×	回		
	特別	円×	回		
	食事	円×	日		
	環境	円×	日		
	基準（生）	円×	回		
特別（生）	円×	回			
減・免・猶・I・II・3月超					
合計					円

添付書類について

1 治療用器具（コルセット・治療用眼鏡等）に着用が傷病の治療のため必要と認められる担当医師の証明書の（原本）及び実費に「装着の領収書」を必ず添付してください。また、治療用器具が靴型

2 やむを得ない理由で、被保険者証を使用することができなかったときは、この面の領収書（原本）を添付してください。また、診療内容に関する証明書（診療報酬明細書の写し）を添付してください。

3 歯科診療及び調剤に関する申請のときは、この面の領収書（原本）を添付してください。

上記のとおり領収（診療）いたしました。

令和 年 月 日

医療機関の所在
医療機関の名称
医療機関の電話
医師の氏名