

届書コード		
6	3	5

# 健康保険 被保険者家族 療養費支給申請書(第 回目)

(立替払等、治療用装具、生血)

◎「記入方法及び添付書類等については、別紙「記入例」「添付書類について」を確認してください。」印欄は記入しないでください。

⑦ 被保険者証の記号・番号				① 被保険者の生年月日				届書種別	受付年度	通 番			グループ
				5:昭和 7:平成	年	月	日	05	平成	※	年	※	※
⑤ 被保険者(申請者)の氏名と印		(フリガナ)		④ 事業所の名称		所在地							
④ 被保険者(申請者)の住所		郵便番号	(フリガナ)		都道府県		電話 ( )						
[受取人情報] / [被保険者情報]													
③ 被扶養者の氏名				② 被扶養者の生年月日				① 被保険者との続柄	被扶養者番号				
療養が被扶養者に関するときは、その方の				昭和 平成	年	月	日		※				
⑧ 傷病名								⑥ 発病または負傷年月日(療養開始日)					
								年	月	日			
⑤ 発病(負傷の場合は、右面②を記入してください)の原因および経過								④ 第三者の行為によるものですか					
								<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を提出してください。					
③ 診療を受けた病院等の		② 名称		① 所在地		④ 診療した医師の氏名							
③ 診療の期間(支給期間)				② 入院・入院外の別		① 入院の場合、左記の入院期間				④ 診療に要した費用の額			
自	年	月	日	日数	1:入院外 2:入院	自	年	月	日	日数	円		
至	年	月	日	日		至	年	月	日	日			
③ 診療の内容						② 療養の給付を受けることができなかった理由							
備考													
請求年月日			特別支給コード	申請区分				参照要否	回数	初療日			
7	年	月	日		1:証交付前の受診 2:証持参できず 3:治療用装具 4:柔道整復 7:その他立替払 8:伝染病 9:生血				0:行わない 1:行う	7	年	月	日
同意日			同意区分	支給日数	不支給理由	海外表示	第三者	98条該当	公費区分				
7	年	月	日	0:初回 1:再同意		0:国内 1:海外	0:なし 1:あり	0:非該当 1:該当	0:非該当 1:該当				
診療費用			診療支給額	食事回数	食事療養費	食事負担額		支払方法	受取人住所区分				
円			円		円	円		2:個人払い 3:その他	0:本人 1:代理人				

次ページに振込希望口座記入欄があります。必ず記入してください。

振 込 希 望 口 座	① 支 払 区 分	1 金融機関		ⓧ	銀行 金庫 信組	店・本店 支店・出張所
		金融機関コード				
		※				
	ⓧ	預金種別 1:普通 2:当座 3:別段 4:通知 5:貯蓄	口座番号		口座名義	(フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書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 (申請者)	住 所 氏 名	ⓧ
	受取人情報	代理人の 氏名と印 (フリガナ)	委任者と 代理人 との関係 ⓧ
	代理人の 住 所	(〒 - )	電話 ( )

負傷原因記入欄 初回申請時のみ記入してください。

② 負傷の原因について記入してください。（該当する□にチェック（☑）してください。）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	[負傷日時・場所等]	[受診した医療機関]
	<p>1. いつケガ（負傷）をしましたか。 平成 年 月 日（ 曜日）</p> <p><input type="checkbox"/> 午前・<input type="checkbox"/> 午後 時 分頃</p> <p>2. ケガ（負傷）をした日は次のうちどの日でしたか。</p> <p><input type="checkbox"/> 出勤日・<input type="checkbox"/> 休日（定休日・休暇含む）</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>3. ケガ（負傷）をした時は次のうちどの時間帯でしたか。</p> <p><input type="checkbox"/> 勤務時間中・<input type="checkbox"/> 通勤途中（<input type="checkbox"/> 出勤・<input type="checkbox"/> 退勤）</p> <p><input type="checkbox"/> 出張中・<input type="checkbox"/> 私用・<input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>4. ケガ（負傷）をした場所はどこでしたか。</p> <p><input type="checkbox"/> 会社内・<input type="checkbox"/> 道路上・<input type="checkbox"/> 自宅</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ ）</p> <p>5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> 交通事故・<input type="checkbox"/> 暴力（ケンカ）</p> <p><input type="checkbox"/> スポーツ中（<input type="checkbox"/> 職場の行事・<input type="checkbox"/> 職場の行事外）</p> <p><input type="checkbox"/> 動物による負傷（飼い主<input type="checkbox"/> 有・<input type="checkbox"/> 無）</p> <p><input type="checkbox"/> あてはまらない</p> <p>6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。</p> <p>相手 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p> <p>※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。</p>	<p>7. 診療を受けた医療機関名とその期間等</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>平成 年 月 ~ 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒・<input type="checkbox"/> 治療中</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>平成 年 月 ~ 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 治癒・<input type="checkbox"/> 治療中</p> <p>8. 負傷したときの状況（原因）を具体的に記入してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p>9. 被保険者が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していますか。 <input type="checkbox"/> 加入有・<input type="checkbox"/> 加入無</p>

社会保険労務士の 提出代行者印	ⓧ
--------------------	---

平成 年 月 日提出  
受付日付印

医師が証明する欄

## 意見および装具装着証明書

患者氏名	生年月日 (該当する元号に☑)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 生 歳
傷病名	入院外来の別 (該当する方に☑)		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来

上記傷病の治療のため平成 年 月 日に

の装着の必要を認め

平成 年 月 日に装着した。

以上証明いたします。

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

印

## 弾性着衣等 装着指示書

医師が証明する欄							
氏名		性別	男・女				
生年月日	昭・平	年	月 日				
住所							
診断名							
手術年月日	昭・平	年	月 日				
患肢	右上肢	・	左上肢	・	右下肢	・	左下肢
弾性着衣等の種類	ストッキング	・	スリーブ	・	グローブ	・	包帯
着圧指示	mmHg						
特記事項							

本患者は、上記疾患のため、患肢を常時圧迫する必要があり、弾性着衣等の装着を指示しました。

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

Ⓜ

※ 記入上の注意

- 各欄に記入または該当項目に○を付けてください。
- 「手術年月日」欄について、他院で手術を行った等の理由により詳細な日付が判らない場合は、「何年何月頃」と記入してください。
- 「患肢」及び「弾性着衣等の種類」が複数ある場合は、その内訳を「特記事項」欄に記入してください。
- 「弾性着衣等の種類」が包帯の場合は、包帯の装着を指示する理由を「特記事項」欄に記入してください。
- 「着圧指示」が30mmHg未満の場合は、装着が必要な理由を「特記事項」欄に記入してください。

領収（診療）明細書

【医科入院】

（備考）すでに申請の対象となる費用について領収書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。

患者氏名		性別	男・女	生年月日	昭和・平成	年	月	日
傷病名		(1) (2) (3)	診療期間		平成	年	月	日から 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			
医学管理								
在宅								
投薬	内服	単位						
	屯服	単位						
	外用	単位						
	調剤	日						
注射	麻毒	日						
	皮下	回						
	筋肉内	回						
処置	静脈内	回						
	その他	回						
手術	薬	回						
	剤	回						
検査	薬	回						
	剤	回						
画像診断	薬	回						
	剤	回						
その他	薬	回						
	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				
			×	日間				
			×	日間				
		特定入院料・その他						
食事・生活	基準	円	×	回				
	特別	円	×	回				
食事・生活	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						
		減額 割(円) 免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額 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								
医師氏名								



# 領収（診療）明細書

## 【 医 科 入 院 外 】

(備考) すでに申請の対象となる費用について領収書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。

患者氏名		性別	男・女	生年月日	昭和・平成	年	月	日
傷病名	(1) (2) (3)	診療期間		平成	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					
投薬	内服薬調剤	×	単位					
	屯服薬調剤		単位					
	外用薬調剤	×	単位					
	処方薬調剤	×	回					
	処方毒基		回					
注射	皮下筋肉内		回					
	静脈内		回					
	その他		回					
処置	薬剤		回					
手術	薬剤		回					
検査	薬剤		回					
画像診断	薬剤		回					
その他	処方せん薬剤		回					
	薬剤		回					
	薬剤		回					
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				⑩ 全国健康保険協会				
医療機関の名称								
医療機関の電話番号								
医師氏名								

<b>合計</b>	円
	減額 割 (円) 免除・支払猶予
	(上記のうち公費負担額 円)



領収(診療)明細書
【歯科】

(備考)すでに申請の対象となる費用については領収書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。

Form with multiple sections: 患者氏名, 性別, 生年月日, 傷病名部位, 診療期間, 初診/再診/指導, X線検査, 処置手術, 麻酔, 補診, 歯冠修復及び欠損補綴, 摘要. Includes a summary table at the bottom right with columns for 合計, 減額, 割(円), 免除・支払猶予.

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
医師氏名

