

届出種別

給 5

健康保険 被保険者 療養費支給申請書  
家 族

No. 1

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の記号・番号		② 被保険者（申請者）の氏名 (フリガナ)		③ 生 年 月 日 昭和・平成 年 月 日	
	④ 被保険者（申請者） の 現 住 所		☎ — — — — —			
	⑤ 勤務している又はして いた事業所の名称					
	⑥ 傷 病 名		⑦ 発病又は負傷の 年 月 日		平成・令和 年 月 日 時頃 負傷の場合は場所	
	⑧ 発病又は負傷の原因 及びその経過					
	⑨ 診 療 を 受 け た 病 医 院 等		名 称	診療した医師の氏名		
			所在地			
	⑩ 診 療 の 期 間		自 平成・令和 年 月 日	至 平成・令和 年 月 日	日間	⑪ 入院・ 入院外の別 入院外 入院
	⑫ 診 療 の 内 容 (該当項目をチェックしてください)		診察、検査、処置、投薬等 調剤 治療用装具の作成 はり・きゅうの施術 按摩・マッサージの施術 その他 ( )			⑬ 診療に要した費用の額 円
	⑭ 療養の給付を受けること のできなかつた理由 (該当項目をチェックしてください)		保険証を持参していなかったため 償還払い(全額支払)のため 前加入先医療保険者(国保等)の資格喪失後受診であるため 日本国外(海外)で受診したため その他 ( )			
⑮ 負傷(けが)は第三者 行為によるものですか		はい ・ いいえ		⑮で「はい」を選択した方は別に「第三者の行為による災害届」を この書類に必ず添付してください。		
⑯ 申請が被扶養者に 関するときは		氏 名		生 年 月 日 昭和・平成・令和 年 月 日 被保険者との続柄		

※在籍者（お勤めの方）は、必ずこの欄へ記入してください。

委 任 状 の 欄	⑰ (事業所名)
	本申請に基づく給付金に関する受領を _____ に委任します。
	安田日本興亜健康保険組合 御中 令和 年 月 日
	被 保 険 者 住 所 _____ (申 請 者) 氏 名 _____

※在籍者（お勤めの方）以外の方は、必ずこの欄へ記入してください。

受付日付印

振 込 金 融 機 関 の 欄	⑱	銀行	店	銀行コード	
		信金		支店コード	
	信組				
	普通・当座	口座番号	(フリガナ)	口座名義	

※被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合(任意)は、備考欄へマイナンバーを記入してください。  
 ※被保険者証の記号・番号を記入した場合は、マイナンバーの記入(備考欄)は不要です。  
 ※マイナンバーで申請する場合、当組合へ「個人番号確認」、「本人確認(運転免許証の写し等)」の書類を添付してください。

備考欄:

# 領 収 ( 診 療 ) 明 細 書

No. 2

「備考」

すでに申請の対象となる費用について領収証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。

安田日本興亜健康保険組合

患 者 名		傷 病 名							
入 院 外				入 院					
初 診		時間外・休日・深夜		回		回			
再 診	再 診	×	回	投 薬	内 服	単 位			
	外 来 管 理 加 算	×	回		投 屯 外 調 麻 調	服 用 剤 毒 基	単 位		
	時 間 外	×	回				単 位		
	休 日	×	回				日		
	深 夜	×	回				日		
指 導				注 射	皮 下 筋 肉 内	回			
在 宅	往 診	回			静 脈 内	回			
	夜 間	回		そ の 他	回				
	深 夜 ・ 緊 急	回		処 置		回			
在 宅 患 者 訪 問 診 療	回		薬 剤		回				
投 薬	そ の 他 薬 剤	回		麻 酔 ・ 手 術		回			
	内 服 薬 剤	単 位			薬 剤	回			
	調 剤	×	回	検 査		回			
	投 屯 服 薬 剤	単 位			薬 剤	回			
	外 用 薬 剤	単 位			画 像 診 断		回		
調 剤	×	回	薬 剤	回					
処 方 毒 基	×	回	そ の 他	薬 剤	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		特 定 入 院 科 ・ そ の 他				×	日 間	
処 置	薬 剤	回					×	日 間	
	麻 酔 ・ 手 術	薬 剤			回			×	日 間
検 査		薬 剤			回			×	日 間
	画 像 診 断	薬 剤	回		食 事	基 準			
そ の 他		回				円 ×	日 間		
合 計	処 方 せ ん	×	回			円 ×	日 間		
	薬 剤	回				円 ×	日 間		
合 計				円					
円				円					
上記の通り領収（診療）いたしました。									
令和 年 月 日									
住所（所在地）									
医療機関名									
医師氏名									
☎ - -									

医 師 の 証 明 欄

### (注意事項)

- ※1. 診療又は手当を受けた期間と、そのうち実際に診療を受けた日数(回数)を記入して下さい。
  - ※2. やむを得ず自費で診療又は手当を受けた場合は、その際に支払った金額を記入して下さい。治療用装具(コルセット等)を装着した場合は、その代金として支払った金額を記入して下さい。
  - ※3. 家族療養費の申請の場合のみ記入して下さい。
  - ※4. 被保険者(在籍中)の資格がある場合に記入して下さい。この場合※5の欄の記入は不要です。
  - ※5. 資格喪失後の申請の場合に記入して下さい。この場合※4の欄の記入は不要です。また、任意継続被保険者の方は、任意継続被保険者資格取得確認通知書の給付金振込先に振込みますので、※4、※5の記入は不要です。
- ◎ 鍼灸・マッサージ師による施術療養費の申請について、当組合では「受領委任制」は受付けておらず、「償還払い制」を採用しています。
  - ◎ 訂正したところは、二重線を引き、訂正印を押してください。
  - ◎ 在籍者(お勤めの方)は、必ず委任状の欄へ記入してください。
  - ◎ 在籍者(お勤めの方)以外の方は、必ず振込金融機関の欄へ記入してください。

### (添付書類)

- 治療用装具(コルセット等)を装着した場合
  - ・ 支払った代金の領収書の原本
  - ・ 装着した装具の内訳
  - ・ 「治療上、その装具の装着を必要と認めた医師の意見書」及び「その装具を装着したことの証明書」
  - ・ 正面、外側または内側、サイズ等を撮影した写真(靴型装具(短下肢装具、足(靴)底ソール等は除く)の申請の場合)。  
※撮影した写真は、必ず「靴型治療用装具 写真貼付台紙」に貼って提出してください。
- 鍼灸・マッサージ師による施術を受けた場合
  - ・ 施術明細書
  - ・ 領収証の原本
  - ・ 同意書(医師の同意期間の更新ごと)
- 国民健康保険(市区町村)等へ無資格期間に係る医療費を返納した場合
  - ・ 国民健康保険(市区町村)等へ返納した金額の領収書
  - ・ 返納の際、市区町村から受け取った書類、封筒等
- やむを得ず自費(国内)で診療を受けた場合
  - ・ 診療に要した費用の領収書
  - ・ 診療を受けた医療機関で、申請書No. 2の「領収(診療)明細書」に診療の内容を記載してもらって下さい。(上記の証明に代えて、診療報酬明細書等の用紙により証明書を作成しても差し支えありません。ただし、その証明書には、医療機関の名称、所在地、医師の氏名・印が表示されていることが必要です。)
- やむを得ず自費(海外)で診療を受けた場合
  - ・ 診療に要した費用の領収書
  - ・ 診療内容明細書
  - (領収書、明細書等が外国語で作成されている場合は日本語の翻訳文・翻訳者の氏名・住所等を記載したものを添付して下さい。)