

届書コード		
3	0	0

請求上及び  
記入上の注意

伺い年月日	年 月 日								
資格	資格取得日	年 月 日	該当条文	常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	担当者
	資格喪失日	年 月 日	法第87条						
	被扶養者認定日	年 月 日	法第110条						
支給 決議書	処理区分	算出基礎			支給額				
		種別	費用の額	決定点数					
	1. 立替払等				法定給付				
	2. 治療用装具				付加給付				
3. 生血									

健康保険 被保険者 療養費支給申請書( 回目)  
家族

被保険者の氏名	健保 太郎	被保険者の住所	〒 422-△△△△ 静岡県駿河区駿府1-1 Tel. 054(〇〇〇)△△△△		
被保険者証の記号番号	501・3001	事業所の名称	いろは信用金庫		
家族分の申請をするときはその者の氏名		被扶養者の生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者の続柄	
傷病名	右上腕骨骨折	発病又は負傷の年月日	令和4年1月30日	海外表示	国内 海外
発病又は負傷の原因	サッカーの試合でボールを蹴り合い転倒	傷病の経過	経過観察中		
診療又は手当を受けた病院等の名称及び所在地並びに医師等の氏名	住所 静岡県駿河区中田1-2 名称 静岡駿河総合病院 氏名 山田 太郎				
診療又は手当の内容	右上肢装具装着	入院・外来の別	入院	外来	
診療又は手当の期間(コルセット装着の場合は装具の型取り、装着の各年月日を記載)	令和4年2月5日から 日間 年 月 日まで	診療又は手当に要した費用	△△△△	円	(別紙証書のとおり)
被保険者証で診療又は手当を受けることができなかった理由(できるだけ詳しく記載のこと)	装具のため				
第三者行為の有無(該当する方に○印を付けてください)	有	無	※有の場合は、第三者の行為による傷病届を提出してください。		

静岡県信用金庫健康保険組合

- ① 自費診療の場合に添付するもの  
(1) 診療内容を明記したもの(別紙の立替払用の診療内容明細書、または同じ内容が記載された書類を添付してください。)  
※ 傷病名が記載されていない診療内容明細書は使用できません。  
(2) 医師に支払いした領収書(原本)  
※ 薬局分がある場合は、病院分とは別に申請書が必要です。  
(3) 治療用装具(コルセット等)・輸血の場合に添付するもの  
(1) 必要と認められた医師の意見書(原本)  
(2) 業者に支払いした領収書(原本)  
(3) 小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は、検査結果の写し

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をされる場合は備考欄にご記入ください。マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。※記号番号を記入した場合は添付書類は不要です。

【備考】

受付日付印

# 診療内容明細書

受診者氏名

\_\_\_\_\_

診療期間 年 月 日から 日間  
年 月 日まで

生年月 昭・平・令 年 月 日

傷病名	(1)	診療開始日	(1)	年	月	日	決定  (この欄は記入しないで下さい。)	
	(2)		(2)	年	月	日		
	(3)		(3)	年	月	日		
	(4)		(4)	年	月	日		
	(5)		(5)	年	月	日		
⑪	初診	時間外・休日・深夜	回				点	
⑫	再診	×	回					
	内科再診等	×	回					
	時間外	×	回					
	休日	×	回					
	深夜	×	回					
	外来管理							
⑬	指導							
⑭	往診	回						
	夜間	回						
	緊急・深夜・暴風雨雪・難路	回						
在宅	その他	回						
	薬剤	回						
⑯	⑰ 内服	薬剤	単位					
		調剤	×	回				
	⑱ 屯服	薬剤	単位					
		調剤	×	回				
	⑲ 外用	薬剤	単位					
		調剤	×	回				
	⑳ 処方	×	回					
㉑ 麻・覚・毒	回							
㉒ 調基	×	回						
㉓	⑳ 皮下筋肉内	回						
	㉔ 静脈内	回						
	㉕ その他	回						
㉖	⑳ 処置	薬剤	回					
㉗	㉖ 手術静	薬剤	回					
㉘	㉗ 検査	薬剤	回					
㉙	㉘ 画像断		回					
㉚	㉙ その他	処方せん	×	回				
		薬剤		回				
合計								点

上記のとおり診療を行いました。

年 月 日

住所  
医師 氏名