

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						
	1. 立替払等	種 別	費用の額	決定点数					
		2. 治療用器具				法定給付			
3. 生血					付加給付				

被保険者
健康保険 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	健 保 花 子	被 扶 養 者 の 生 年 月 日	昭平・令 60年 4月 30日 被 保 険 者 の 続 柄 妻
傷 病 名	急性胃炎	発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	令和4年 2月 3日 海外表示 <input checked="" type="checkbox"/> 国内 <input type="checkbox"/> 海外
発 病 又 は 負 傷 の 原 因	旅行先で突然胃が痛く なった。原因は不明。	傷 病 の 経 過	良好
診 療 又 は 手 当 て 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 名 称 氏 名	北海道札幌市中央区田中1-2 中田医院 中田 太郎	
診 療 又 は 手 当 の 内 容	別紙、診療内容明細書のとおり		入院・外来の別 入院 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 3日から 2 日間 令和4年 2月 4日から	診 療 又 は 手 当 に 要 した 費 用	△△△△ 円 (別紙証拠書のとおり)
被 保 険 者 証 で 診 療 又 は 手 当 て 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)	旅行に行く際に保険証の所在が不明 だったため、持参できなかった。		
第 三 者 行 為 の 有 無 (該当する方に○印を付けてください)	有 <input checked="" type="checkbox"/> 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) 治療用器具(コルセット等)・輸血の場合に添付するもの
(4) 必要と認められた医師の意見書(原本)
(5) 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					
再 診	再 診	×	回					
	⑫ 内科再診等	×	回					
	時 間 外	×	回					
	休 日	×	回					
	診 深 夜	×	回					
外来管理								
⑬ 指導								
在 宅	⑭ 往 診	回						
	夜 間	回						
	緊急・深夜・暴風雨雪・難路	回						
そ の 他	回							
薬 剤	回							
投 薬	⑮ 内服	薬剤	単位					
	調剤		×	回				
	⑯ 屯服	薬剤	単位					
	調剤		×	回				
	⑰ 外用	薬剤	単位					
	調剤		×	回				
	⑱ 処 方	×	回					
⑲ 麻・覚・毒	回							
⑲ 調 基	×	回						
注 射	⑳ 皮下筋肉内	回						
	㉑ 静 脈 内	回						
	㉒ そ の 他	回						
㉓ 処 置	薬 剤	回						
㉔ 手 術 静	薬 剤	回						
㉕ 検 査	薬 剤	回						
㉖ 画 診 像 断		回						
㉗ 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