

※この欄は記入しないこと

常務理事	業務部長	担当者	支給期間			年 月 日 起案			
			自	年	月	日	支給決定金額		
			至	年	月	日			
資格関係			備考						
年	月	日		取得					
年	月	日	喪失						

◎診療等の費用に関する証明書類が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名・住所等を記載したもの)を添付してください。

所属事業所 担当者印		健康保険 被保険者 療養費支給申請書 被扶養者								
この欄の訂正には被保険者申請書の印が必要です	① 被保険者証 の記号番号	-			② 事業所 名 称					
	③ 診療または 手当を受けた者	氏 名				④生年月日 (続柄)	年	月	日	
	⑤ 傷 病 名				⑥ 傷病の経過					
	⑦ 発病または負傷 年月日	年	月	日	⑧原 因					
		午前・午後	時	分頃						
	※⑧欄 傷病が外傷によるときは、負傷原因を詳しく(どこで、何のために、何をしていた等)ご記入ください。 内容によっては別途「負傷発生原因・状況」または「第三者行為による事故届」をご提出いただくことがあります。									
	⑨ 診療または手当を 受けた期間	自	年	月	日	日間	⑩ 診療または手当に要した金額			
		至	年	月	日	入院外・入院	円			
	⑪ 診療または手当を 受けた病院等の	名 称	所 在 地							
		医 師 の 氏 名								
	⑫ 健康保険で受けるこ とができなかった理由									
	こ ろ	上記について健康保険 被保険者 療養費を請求します。 被扶養者 年 月 日 被 保 険 者 住 所 (申 請 者) 氏 名 電線工業健康保険組合理事長 殿								
委 任 状	わたくしは、() を代理人と定め、上記請求した給付金の受領方を委任します。 委任者 住 所 氏 名 代理人 住 所 氏 名									

◎委任者印は、請求者印と同一であること。

この欄の訂正には委任者及び代理人の印が必要です

※ 委任状欄は、この給付金の受け取りを 代理人 (事業主) に委任する場合のみ記入・押印してください。
 申請者へ直接振込みを希望する場合は、「保険給付金振込依頼書」を添付してください。(申請書と同一印の押印が必要です。)

※この「診療（領収）明細書」は医療機関等に記入いただく書類です。

(裏面)

別途、診療報酬明細書と領収書を添付するときは、この明細書の記入は不要です。

《 診療（領収）明細書 》

患者氏名				年 月 日生	
傷病名			診療期間	年 月 日から 年 月 日まで	診療実日数 日
療養に要した費用の内訳					
診療の内訳			点・円	薬名・使用量等の明細	
初診	時間外・休日・深夜	回			
再診		回			
	外来管理加算	回			
	時間外・休日・深夜	回			
医学管理					
在宅	往診	回			
投薬	内服薬剤	単位			
	内服調剤	× 回			
	頓服薬剤	単位			
	外用薬剤	単位			
	外用調剤	× 回			
	処方	× 回			
	麻毒調基	回			
注射	皮下筋肉内	回			
	静脈内	回			
	その他				
処置		回			
手術麻酔		回			
	薬剤				
検査		回			
画像診断		回			
	薬剤				
その他	処方箋	回			
	薬剤				
入院	入院年月日	年 月 日			
		入院基本料・加算	点		
		×	日間		
		×	日間		
	特定入院料・その他				
食事・生活	基準	円 ×	回		
	特別	円 ×	回		
	食堂	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	※ 1点 () 円の計算による	

上記のとおり診療（領収）しました。

年 月 日

医療機関の所在地

名称

医師の氏名・印

印

電話 ()

)

添付書類およびその他の留意事項

●添付書類は必ず原本を添付してください。(一部を除く)

1. 治療用装具（コルセット等）を装着した場合

- ・「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」
- ・装具を購入した代金の領収書、装具の内訳書

2. 国民健康保険等へ無資格期間に係る医療費を返納した場合

- ・返納した金額の領収書
- ・診療報酬明細書（返納先の保険者から受け取った書類・封筒等）
※開封厳禁などの表示があるものは、開封せずにそのまま添付してください。

3. やむを得ず自費（国内）で診療を受けた場合

- ・診療報酬明細書
- ・領収書

医療機関等から上記書類の交付がない場合は、申請書裏面の「診療（領収）明細書」に診療内容・支払った金額についての証明を受けてください。

4. やむを得ず自費（海外）で診療を受けた場合

- ・診療内容に関する証明書
- ・診療に要した費用の領収明細書
(それぞれの用紙は、健康保険組合にあります。)

◎証明書、領収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）を添付してください。

5. 小児弱視等の治療用眼鏡等を作成した場合

対 象…9歳未満の小児の弱視、斜視及び先天白内障術後の屈折矯正の治療用として用いる眼鏡及びコンタクトレンズ。(アイパッチ及びフレネル膜プリズムは対象外)

- ・弱視等治療用眼鏡等作成指示書の写し
- ・検査結果（弱視等治療用眼鏡等作成指示書に検査結果の記載がある場合は不要）
- ・眼鏡の代金の領収書（対象者の氏名の記載があるもの）

その他の留意事項

《委任状欄》

委任状欄に記入・押印があった場合は、保険給付金振込依頼書の添付にかかわらず委任払いとなりますのでご注意ください。