

※支給支払決議書	伺年月日		年		月		日		事務長	課長	係長	担当者			
	決裁年月日		年		月		日								
	支払額		拾万	万	千	百	拾	円							
	支払内訳	法定	拾万	万	千	百	拾	円	資得	年	月	日	療始	年	月
	付加	拾万	万	千	百	拾	円	格喪	年	月	日	養終	年	月	日

健康保険 被保険者 療 養 費 支給申請書 (第 回目)
 家 族 訪問看護療養費付加金

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号		生年月日		被保険者(申請者)氏名と印		(フリガナ)	
	記	番	昭・平	年	月	日	⑩	
	被保険者の(申請者)住所		(フリガナ)				電話番号	
	郵便番号		-				-	
	事業所の	名称	被保険者現在の業務種別					
	所在地							
	療養が被扶養者に関するときは、その者の氏名		(フリガナ)		生年月日		被保険者との続柄	
			昭・平		年		月	
	傷病名		発症又は負傷年月日		第三者行為又は交通事故によるものですか		はい ・ いいえ	
			年		月		日	
発病又は負傷の原因及びその経過(詳しく)								
診療を受けた病院等	名称	診療した医師名						
所在地								
診療の期間	自	年	月	日	日数	入院の場合の入院期間		診療に要した費用
	至	年	月	日		自 平成 年 月 日	日間	
		入院		入院外		至 平成 年 月 日		円
診療の内容		療養の給付を受けることができなかった理由						

受取金融機関の欄	銀行コード	
	銀行名	
	店番号	
	支店名	
	種類	普通・当座
口座番号		
フリガナ		
口座名義		

委任状	上記請求金額の受領を	⑩に委任します。
	平成 年 月 日	
	被保険者氏名	⑩

個人振込を希望される場合は、被保険者の口座をご記入ください。(委任状は不要です) ゆうちょ銀行の場合は、口座番号欄に通帳の記号番号を記入してください。

平成 年 月 日 提出
 受付日付印

診療明細書

患者名				傷病名									
入院外				入院									
初診		時間外・休日・深夜		初診		時間外・休日・深夜							
再診	再診	×	回	指導									
	外来管理加算	×	回	在宅									
	時間外	×	回	投薬	内服 外用 調剤 麻毒基	単位							
	休日	×	回			単位							
深夜	×	回	日										
指導				注射	皮下筋肉内 静脈内 その他	回							
在宅	往診		回			処置	処置 薬剤	回					
	夜間		回					手術 麻酔	手術・麻酔 薬剤	回			
	深夜・緊急		回							検査	検査 薬剤	回	
	在宅患者訪問診療		回	画像診断	画像診断 薬剤							回	
その他		回	他			その他 薬剤	回						
薬剤		回					入院	入院年月日	年			月	日
投薬	内服	薬剤 調剤							×	単位	入院料	円	×
				単位					円	×		日間	
	外用	薬剤 調剤	×	単位	入院時医学管理料	円			×	日間			
			単位			円	×	日間					
処方	麻毒基	×	回	特定入院料・その他		基準	円	×	日間				
		×	回				円	×	日間				
注射	皮下筋肉内		回		食事		食事	円	×	日間			
	静脈内		回					円	×	日間			
	その他		回	円		×		日間					
処置	処置		回	合計		合計		円					
	薬剤		回		円								
手術 麻酔	手術・麻酔		回		上記のとおり診療いたしました。平成 年 月 日								
	薬剤		回										
検査	検査		回	住所									
	薬剤		回										
画像診断	画像診断		回						病院名称				
	薬剤		回										
その他	処方せん		回	医師名									
	その他 薬剤		回										
合計									⑩ 電話番号 — —				

(添付書類についての注意)

※全ての書類に「領収書の原本」をつけてください。
 ① 自費診療、他保険診療に関する申請のときは、左記の診療報酬明細書をつけてください。
 ② コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」をつけてください。
 ③ 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」をつけてください。