

# 診療明細書

レセプトが無い場合はここに記入していただきます。

※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、左記の診療明細若しくは別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。

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 × 回数 外来管理加算 × 回数 時間外 × 回数 休日 × 回数 深夜 × 回数	指導	
在宅	往診 回数 夜間 回数 深夜・緊急 回数 在宅患者訪問診療 回数 その他 回数	在宅	
投薬	内服 { 薬剤 × 単位 調剤 × 単位 外用 { 薬剤 × 単位 調剤 × 単位 処方 × 回数 麻毒基 × 回数	注射	皮下筋肉内 回数 静脈内 回数 その他 回数
処置	処置 回数 麻毒基 × 回数	処置	処置 回数 薬剤 回数
手術	手術・麻酔 回数	手術	手術・麻酔 回数
検査	検査 回数	検査	検査 回数 薬剤 回数
画像診断	画像診断 回数 薬剤 回数	画像診断	画像診断 回数 薬剤 回数
その他	処方せん 回数 その他 回数 薬剤 回数	その他	その他 回数 薬剤 回数
合計	円	合計	円
上記のとおり診療いたしました。		平成 年 月 日	
住所		電話番号	
病院名称			
医師名			

※支給支払決議書	同年月日	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 日
		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 (自費診療(本人) 第 回)

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) プヒン ○○
記号	昭・平	部品 ○○	(印)
被保険者の(申請者)住所	郵便番号	電話番号	
〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇3-3-3	〇〇〇-〇〇〇〇	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
事業所の名称	所在地	被保険者現在の業務種別	
株式会社〇〇製作所	〇〇県〇〇市〇〇〇〇	溶接	
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	
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	
右足首捻挫	〇〇 年 〇 月 〇 日	はい ・ (いいえ)	
発病又は負傷の原因及びその経過(詳しく)	休日に散歩中、滑って足をひねった。		
診療を受けた病院等	名称	所在地	診療した医師名
	〇〇病院	〇〇県〇〇市〇〇1-2-3	
診療の期間	自 〇〇 年 〇 月 〇 日	入院・入院外別	入院期間
	至 〇〇 年 〇 月 〇 日	自 入院	平成 年 月 日 日間
		1 入院外	至 平成 年 月 日 日間
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		〇〇〇 円
	保険証をもらう前だった為		

受取金融機関の欄	銀行コード	銀行名	〇〇銀行
	店番号	支店名	〇〇支店
	種類	普通・当座	
	口座番号	1234567	
	フリガナ	プヒン ○○	
	口座名義	部品 ○○	

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

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。

平成〇〇年 〇月 〇日 提出  
 受付日付印