

診療明細書

(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
	外来管理加算	×	回
	時間外	×	回
診	休日	×	回
	深夜	×	回
指導	在宅		
在宅	往診		回
	夜間		回
	深夜・緊急		回
	在宅患者訪問診療		回
投薬	内服	×	単位回
	外用	×	単位回
	処方	×	回
	麻酔	×	回
注射	皮下筋肉内		回
	静脈内		回
処置	処置		回
	薬剤		回
手術	手術・麻酔		回
	薬剤		回
検査	検査		回
	薬剤		回
画像	画像診断		回
	薬剤		回
入院	入院年月日	年	月
	入院料	円 ×	日間
検査	入院時医学管理料	円 ×	日間
	特定入院料・その他	円 ×	日間
食事	基準	円 ×	日間
	その他	円 ×	日間
合計	合計	円	円

上記のとおり診療いたしました。平成 年 月 日
 住所
 病院名称
 医師名 ⑩ 電話番号 - -

※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
	付加	拾万	万	千	百	拾	円	
	資格	資得	年	月	日	療始	年	月
	格喪	格喪	年	月	日	養終	年	月

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具(家族) (第 回目))

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 ○○	⑩
被保険者の(申請者)住所	郵便番号	電話番号	
○○○-○○○	東京都○○区○○3-3-3	03-○○○-○○○	
事業所の名称	所在地	被保険者現在の業務種別	
株式会社○○製作所	○○県○○市○○○	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) プヒン ハナコ	生年月日	被保険者との続柄
部品 花子	昭・平	妻	
傷病名	左足首捻挫	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
発病又は負傷の原因及びその経過(詳しく)	荷物を持ちながら歩いていたら階段をふみはずした。		
診療を受けた病院等	名称	所在地	診療した医師名
	○○病院	○○県○○市○○1-2-3	○○ ○○
診療の期間	自	日数	入院の場合の入院期間
	○	○	自 平成 年 月 日
	至	1	入院 至 平成 年 月 日
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		治療用装具着用の為

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	1234567
	フリガナ	部品 ○○

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