

健康保険 被保険者 療 養 費 支 給 申 請 書
 家 族 訪 問 看 護 療 養 費 付 加 金

| | | | | | | |
|--|--------------------------------|-------------|--------------------------|---|-----------------------------|-----------------------|
| 被保険者証の記号・番号 | | 生 年 月 日 | | | 被保険者 (申請者) 氏名 | (フリガナ) ○○ ○○ ○○ ○○ |
| 記 | 番 | 昭 平 令 | 和 成 和 | 年 | 月 | 日 |
| ○○○ | ○○○○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 被保険者の (申請者) 住 所 | (フリガナ) ○○県○○市○○ 〒○○○-○○○ | | | | 電 話 番 号 ○○ - ○○ - ○○○○ | |
| 事業 所 の | 名 称 | ○○○○株式会社 | | | 被保険者現在 の業務種別 | 部品の加工および研磨 |
| | 所在地 | ○○県○○市○○ | | | | |
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 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・令 | |
| 傷 病 名 | 急性咽頭炎 | | 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 | | |
| | | ○ | ○ | ○ | | |
| 発病又は負傷の原因及びそ の経過 (詳しく) | 数日前から体調が悪くなり、発熱、悪寒の症状がでてきた。 | | | | | |
| 診療をうけ た 病 院 等 | 名 称 | ○○附属病院 | | | 診療した医師名 | ○○ ○○ |
| | 所在地 | ○○県○○市○○ | | | | |
| 診療の 期 間 | 自 | ○ | ○ | ○ | 日 数 | 入院の場 合の入院 期間 |
| | 至 | ○ | ○ | ○ | ○○ | |
| 診療の内容 | 検査・処方 | | 療養の給付を受ける ことができなかった理由 | | 保険証を持参せず受診してしまった | |

| | | | |
|--------------------------------------|--------|----------|------|
| 受 取 金 融 機 関 の 欄 | 銀行コード | ○○○○ | ○○銀行 |
| | 銀行名 | ○○○○ | ○○銀行 |
| | 店番号 | ○○○ | ○○支店 |
| | 支店名 | | |
| | 種 類 | 普通・当座 | |
| | 口座番号 | ○○○○○○○○ | |
| フリガナ | ケンポ ○○ | | |
| 口座名義 | | | |
| ゆう ち よ | 記 号 | ※ | 番 号 |
| | 1 | | 0 |

| | | |
|-------------|------------|---------|
| 委 任 状 | 上記請求金額の受領を | に委任します。 |
| | 令和 年 月 日 | |
| | 被保険者氏名 | |

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 提出

受付日付印

診療明細書

| | | | | | |
|------|--|-----|----------------|------|---|
| 患者氏名 | | 傷病名 | 1) 2) 3) | 診療期間 | 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで (診療実日数 日) |
|------|--|-----|----------------|------|---|

入院外

| | | | |
|----------|-----------|---|----|
| 初診 | 時間外・休日・深夜 | 回 | |
| 再診 | 再診 | × | 回 |
| | 外来管理加算 | × | 回 |
| | 時間外 | × | 回 |
| | 休日 | × | 回 |
| | 深夜 | × | 回 |
| 指導 | | | |
| 在宅 | 往診 | | 回 |
| | 夜間 | | 回 |
| | 深夜・緊急 | | 回 |
| | 在宅患者訪問療養 | | 回 |
| | その他 | | 回 |
| 投薬 | 内服 薬剤 | | 単位 |
| | 調剤 | × | 回 |
| | 屯服 薬剤 | | 単位 |
| | 外用 薬剤 | | 単位 |
| | 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 | | 回 |
| 処置 | | 回 | |
| 薬剤 | | 回 | |
| 手術 麻酔 | | 回 | |
| 薬剤 | | 回 | |
| 検査 | | 回 | |
| 薬剤 | | 回 | |
| 画像 診断 | | 回 | |
| 薬剤 | | 回 | |
| その他 | 処方箋 | | 回 |
| | 薬剤 | | 回 |
| 合計 | | | 円 |

入院

| | | | |
|----------|-----------|----------|----|
| 初診 | 時間外・休日・深夜 | 回 | |
| 投薬 | 内服 | | 単位 |
| | 屯服 | | 単位 |
| | 外用 | | 単位 |
| | 調剤 | | 日 |
| | 麻毒 | | 日 |
| | 調基 | | |
| 注射 | 皮下筋肉内 | | 回 |
| | 静脈内 | | 回 |
| | その他 | | 回 |
| 処置 | | 回 | |
| | 薬剤 | | 回 |
| 手術 麻酔 | | 回 | |
| | 薬剤 | | 回 |
| 検査 | | 回 | |
| | 薬剤 | | 回 |
| 画像 診断 | | 回 | |
| | 薬剤 | | 回 |
| その他 | 薬剤 | | 回 |
| | | | 回 |
| 入院 | 入院年月日 | 年 月 日 | |
| | 病・診・衣 | 入院基本料・加算 | |
| | | × | 日間 |
| | | × | 日間 |
| | | × | 日間 |
| | | × | 日間 |
| | × | 日間 | |
| | 特定入院料・その他 | | |
| 食事 | 基準 | | |
| | | 円 × | 日間 |
| | | 円 × | 日間 |
| | | 円 × | 日間 |
| | 円 × | 日間 | |
| 合計 | | | 円 |

| | |
|----------------------------|----------|
| 上記のとおり診療いたしました。 | 令和 年 月 日 |
| 所在地 名称 医師の氏名 電話番号 | |

【添付書類についての注意】

日本自動車部品工業健康保険組合

1. 自費診療、他保険診療に関する申請のときは、上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・ギプス・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。
- ※全ての書類に「領収書の原本」をつけてください。