

療 養 費 支 給 申 請 書  
 第 二 家 族 療 養 費 支 給 申 請 書

常務理事	担当部長	課 長	係 長	係

※ 整 理 番 号				発病又は負傷年月日	年 月 日
被保険者証	記 号			傷 病 の 原 因 負傷による場合は、時間、場所、直接の原因を詳しく記入のこと。	
	番 号				
	資 格 取 得 日 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日		
傷 病 名				診 療 又 は 手 当 の 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間
※ 決 定	日 数	日 金 額	円	治 療 用 装 具 の 場 合 装 着 日	年 月 日
	金 額	内 法 定 給 付 額	円	傷 病 の 経 過 及 び 手 当 の 内 容	
		附 加 支 給 対 象 額	円	診 療 又 は 手 当 に 要 した 費 用 の 額	円
被扶養者のとき	氏 名	続柄		診 療 又 は 手 当 を 担 当 した 医 師 又 は 歯 科 医 師 の 住 所 氏 名	
	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	療 養 の 給 付 を 受 け ら れ な っ た 理 由	
事業所の名称 事業主の氏名				傷病が第三者の行為による ものであるときにはその事 実並びに第三者の住所氏名	

上記のとおり申請します。なお本金額受領方を上記の事業主に委任します。

令和 年 月 日

住 所  
被保険者 氏 名

# 領収（診療）明細書

令和 年 月 分

患者名				男 女	傷病名				
生年月日	昭平令	年	月	日		診療開始日	年	月	日
再診	初診			回		本月診療実日数			
	再診	×		回					
	外来管理加算	×		回					
	時間外	×		回					
	休日	×		回					
	深夜	×		回					
在宅	医学管理								
	往診			回					
	夜間			回					
	深夜・緊急			回					
	在宅患者訪問診療			回					
	その他								
投薬	内服薬剤			単回					
	内服調剤	×		回					
	外用薬剤			単回					
	外用調剤	×		回					
	処方	×		回					
	麻毒基			回					
注射	皮下			回					
	筋内			回					
	静脈			回					
	その他			回					
処置	処置剤			回					
手術	手術・麻酔剤			回					
検査	検査剤			回					
画像	画像診断剤			回					
その他	処方せんその他薬剤			回					
入院料	入院年月日	年	月	日	食事・生活療養	食事		円	
	入院基本料 特定入院料 その他			日		生活環境		円	
合計					点	請求	標準負担額	円	
上記のとおり領収（診療）しました。 領収金額						円			
令和 年 月 日									
医師 (住所)									
(氏名)									

※ つぎの料金請求については、別に証明書、領収書を添付のこと。

- 1 血液 代……輸血を必要と認めた医師の証明書、及び血液代金領収書。
- 2 コルセット……装着が傷病の治療のため必要と認めた医師の証明書及び領収書。
- 3 マッサージ代……療養担当医師の施術同意書、及び治療内容の記載ある領収書。