

健康保険家族（被扶養者）療養費支給申請書

※【注意事項】

① 療養報酬明細書（レセプト）は、病院等で会計時に発行される診療明細書とは別のものです。

② 必要と認めた医師の意見書

③ 靴型装具を作成の場合は当該装具の写真

④ 診療又は手当の内容

⑤ 診療又は手当の期間

⑥ 装具等の装着の指示を受けた日

⑦ 装具等を装着した日

⑧ 申請の理由（いずれかに○）

⑨ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

⑩ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

⑪ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

⑫ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

⑬ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

⑭ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

⑮ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

⑯ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

⑰ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

⑱ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

⑲ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

⑳ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㉑ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㉒ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㉓ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㉔ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㉕ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㉖ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㉗ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㉘ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㉙ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㉚ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㉛ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㉜ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㉝ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㉞ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㉟ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㊱ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㊲ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㊳ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㊴ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㊵ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㊶ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㊷ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㊸ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㊹ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㊺ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㊻ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㊼ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㊽ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㊾ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

㊿ 療養報酬明細書（レセプト）*医療費を返還した保険者から交付を受けた開封厳禁の封筒です。

① 被保険者等 記号・番号	記号	番号	② 事業所 名 称	
	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください 			
③ 被保険者氏名			生年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
④ 住 所	〒 TEL ()			
⑤ 被扶養者氏名			生年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
⑥ 傷 病 名			⑦ 発病又は負傷の 年月 日	令和 年 月 日
⑧ 発病又は負傷 の原因				
⑨ 原因は第三者行為 によるものですか	はい ・ いいえ ※「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。			
⑩ 診療を受けた 医療機関等	名 称			診療した医師 等の氏名
	所在地			
⑪ 診療又は手当 の内容				
⑫ 診療又は手当 の期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間 (上記のうち入院期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで)			
⑬ 装具等の装着の 指示を受けた日	令和 年 月 日	⑮ 診療又は手当に 要した費用の額 (治療用装具の金額)	円	
⑭ 装具等を装着 した日	令和 年 月 日			
⑯ 申請の理由 (いずれかに○) ※	1. 治療用装具を作成した (コルセット・弱視用眼鏡・弾性着衣等) 2. 医療費を自費で支払った (立替払い) 3. 他保険者の健康保険で受診し、医療費の返還を行った 4. その他 ()			

令和 年 月 日提出

受領委任の欄	本請求に基づく給付金の受領を
	事業所所在地
	事業所名称
	氏 名 に委任します。
	令和 年 月 日
	被保険者の氏名

(払渡希望銀行)

静岡県トラック運送健康保険組合

領 収 書

金

傷 病 名	(1) (2) (3)	診療開始日	(1) (2) (3)	年 年 年	月 月 月	日 日 日	診療実日数	日	
診療期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間									
診療の内容									
初診	時間外・休日・深夜	回	点	※決定					
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						
	在宅患者訪問診療		回						
	その他								
投薬	内服 { 薬剤 調剤	×	単位 回						
	頓服 薬剤		単位						
	外用 { 薬剤 調剤	×	単位 回						
	処方	×	回						
	麻毒基		回						
注射	皮下筋肉内		回						
	静脈内		回						
	その他		回						
処置			回						
手麻術酔			回						
検査			回						
画像診断			回						
その他	処方せん		回						
	薬剤								
入院	入院年月日 年 月 日								
	病診衣	入院料							点
		×							日間
		入院時医学管理料							
		×							日間
特定入院料・その他									
合計	点	※決定点	一部負担金 円	食事	合計	日	円	※決定 円	※(標準負担額) 円

上記のとおり領収しました
令和 年 月 日

医師 住所
殿 氏名



- 注意
- 初診日分は点数表の区分により、その種別点数及び合計点数を摘要欄に記入してください。
 - 高価薬を用いたときは用量まで、注射薬は濃度容量まで記載してください。
 - 処置料は患部の大きさも記載してください。