

健康保険被保険者療養費支給申請書

※【注意事項】

① 診療報酬明細書（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 診療報酬明細書（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。

③ 靴型装具を作成の場合は当該装具の写真

④ 必要と認めた医師の意見書

⑤ 1の場合の添付書類

⑥ 2の場合の添付書類

⑦ 3の場合の添付書類

⑧ 15の場合の添付書類

⑨ 15の場合の添付書類

⑩ 15の場合の添付書類

⑪ 15の場合の添付書類

⑫ 15の場合の添付書類

⑬ 15の場合の添付書類

⑭ 15の場合の添付書類

⑮ 15の場合の添付書類

⑯ 15の場合の添付書類

⑰ 15の場合の添付書類

⑱ 15の場合の添付書類

⑲ 15の場合の添付書類

⑳ 15の場合の添付書類

㉑ 15の場合の添付書類

㉒ 15の場合の添付書類

㉓ 15の場合の添付書類

㉔ 15の場合の添付書類

㉕ 15の場合の添付書類

㉖ 15の場合の添付書類

㉗ 15の場合の添付書類

㉘ 15の場合の添付書類

㉙ 15の場合の添付書類

㉚ 15の場合の添付書類

㉛ 15の場合の添付書類

㉜ 15の場合の添付書類

㉝ 15の場合の添付書類

㉞ 15の場合の添付書類

㉟ 15の場合の添付書類

㊱ 15の場合の添付書類

㊲ 15の場合の添付書類

㊳ 15の場合の添付書類

㊴ 15の場合の添付書類

㊵ 15の場合の添付書類

㊶ 15の場合の添付書類

㊷ 15の場合の添付書類

㊸ 15の場合の添付書類

㊹ 15の場合の添付書類

㊺ 15の場合の添付書類

㊻ 15の場合の添付書類

㊼ 15の場合の添付書類

㊽ 15の場合の添付書類

㊾ 15の場合の添付書類

㊿ 15の場合の添付書類

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 傷 病 名			⑥ 発病又は負傷の 年月日	令和 年 月 日
⑦ 発病又は負傷 の原因				
⑧ 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。			
⑨ 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			
⑩ 診療又は手当 の内容				
⑪ 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)			
⑫ 装具等の装着の 指示を受けた日	令和 年 月 日	⑭ 診療又は手当に 要した費用の額 (治療用装具の金額)	円	
⑬ 装具等を装着 した日	令和 年 月 日			
⑮ 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・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)

受付日付印

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) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 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	×	単位			
	調剤		回			
	頓服 薬剤		単位			
	外用 { 薬剤	×	単位			
	調剤	×	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	薬剤		回			
手術	薬剤		回			
検査	薬剤		回			
画像診断	薬剤		回			
その他	処方せん					
	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				×
	特定入院料・その他					
合計	点	※決定点	一部負担金 円	食事	合計 円	
				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

印

- 注意
1. 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。
 2. 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。
 3. 処置料は患部の大きさも記載してください。