

被保険者
家 族 療 養 費 支 給 申 請 書

(記入上の注意) ●診療を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当てを受けた場合は、⑥⑦⑧⑨は、そのように読みかえて記入してください。●給付金の受領方を他人に依頼するときのみ、受取代理人の欄に必要事項を記入してください。●ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

(添付書類) ●歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書を添付して下さい。●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」「血液代金の領収証書」を添付して下さい。●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」「実費についての領収証書」を添付して下さい。また、靴型装具に係る支給申請書の提出に際し、原則、当該装具の写真(患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)の添付して下さい。●海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」「診療明細書」「渡航確認書類」「同意書」を添付して下さい。なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の 記号と番号			② 事業所の名称と 所在地				
	③ 傷病名				④ 発病又は 負傷の年月日	年 月 日 (負傷の場合は 時頃)		
	⑤ 発病又は 負傷の原因	どこで何をしていたどのようにして負傷(発病)したか						
	⑥ 診療を受けた 病医院の	⑦ 名称				⑧ 診療した 医師氏名		
		⑨ 所在地						
	⑦ 診療の内容							
	⑧ 診療の期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	⑨ 診療に要した 費用の額	金 円也		
	⑩ 療養の給付を受け ることができな かった理由							
	⑪ 第三者行為によ って負傷したもの であるか否か	ある	⑫ 第三者行為 によって負傷 したときは	その事実の届出の有無		ある ・ ない		
		ない		第三者の氏名と住所 (不明なときはその旨)				
⑬ 申請者が被扶養 者に関するときは その者の	⑭ 氏名			⑮ 生年 月 日	年 月 日	被保険者 との続柄		
⑯ 上記のとおり申請いたします。 被保険者の住所 氏名				令和 年 月 日 電話				

振 込 先	銀行 金庫	本店 支店	預金種別	口座番号	名義	(フリガナ)
			普通 当座 その他			

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 年 月 日				
	被保険者 住所 〒 (請求者) 氏名				
代理人の氏名	(フリガナ)	代理人の住所	〒	—	電話 — —

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

診 療 明 細 書

患者 氏名		傷病名	① ② ③	診療 期間	年 月 日から 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 薬剤		回
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		回
	調基		回
	注 射	皮下筋肉内	
静脈内			回
その他			回
処 置	薬剤		回
手 術 麻 酔	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
	頓服		単位
	外用		単位
	調剤		日
	麻毒 調基		日
注 射	皮下筋肉内		回
	静脈内		回
	その他		回
処 置	薬剤		回
手 術 麻 酔	薬剤		回
検 査			回
	薬剤		回
画 像 診 断			回
	薬剤		回
その他	薬剤		回
入 院	入院年月日		
	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
合 計			円

上記のとおり診療いたしました。	年 月 日
所 在 地	
名 称	
医師の氏名	
電 話	