

療養費の場合 健康保険 家族療養費支給申請書 届出コード 635

注意事項  
5 4 3 2 1  
「※」印欄以外はもれなく記入してください。

|                       |   |                     |                                |                              |
|-----------------------|---|---------------------|--------------------------------|------------------------------|
| 被保険者証の記号・番号           | ③ 生 年 月 日                               | ④被扶養者番号             | ⑤ 給付記録                         | ⑥ 受付年月日                      |
| ① 00                  | ② 0000                                  | 昭和 平成 令和            | ※                              | ※                            |
| ⑦被保険者(申請者)の氏名と印       | ⑧ 事業所の名称                                | ⑨ 業務の種別             | ⑩ 勤務場所                         | 〇〇〇〇                         |
| 健保 太郎                 | 株式会社                                    | 〇〇〇〇                | 〇〇〇〇                           | 〇〇〇〇                         |
| 被保険者(申請者)の住所          | ⑩ 郵便番号                                  | ⑪ 住所コード             | ⑫ 電話                           | 〇〇〇〇                         |
| 〇〇県 〇〇市 〇〇町 1-1       | 00000000                                | 〇〇                  | (0000-00-0000)                 |                              |
| 傷病名                   | ⑬ 傷病コード                                 | ⑭ カ ナ               | ⑮ 第三者行為によるものか                  | 〇:いいえ 1:はい                   |
| 肺炎                    |   |                     | 第三者行為…交通事故、ケンカなど<br>いづれかに〇をつける |                              |
| 発病又は負傷の原因及びその経過       | 風邪から症状が悪化した為                            |                     |                                |                              |
| 診療を受けた病院等             | ⑯ 診療した医師氏名                              | 山田 花子               |                                |                              |
| 〇〇病院                  | △△県 △△市 △△町 1-1                         |                     |                                |                              |
| 療養を受けた期間(支給期間)        | ⑰ 入院入院外の区分                              | ⑱ 左記の欄、入院の場合は入院した期間 | ⑲ 診療に要した費用                     | 〇〇〇〇円                        |
| 〇〇年〇〇月〇〇日             | 0:入院外 1:入院                              | 〇〇年〇〇月〇〇日           | 〇〇〇〇円                          |                              |
| 受診した内容〔装具の場合〕         | 装具を装着した日                                |                     |                                | 年 月 日                        |
| ⑳ 保険診療を受けることができなかった理由 | ・新しい保険証がまだ手元に届いていなかったため、以前の保険証を使用してしまった |                     |                                |                              |
| 療養費の別                 | 1. 立替払い等                                | 2. 治療用装具            | 3. 生 血                         |                              |
|                       | ⑲ 療養の原因(コード)                            | ⑲ 療養用装具(コード)        | ⑲ 輸血回数                         |                              |
|                       | ⑲ 手術回数                                  | ⑲ 支給種別              | ⑲ 初回支給 補修 再支給                  |                              |
|                       |   | ⑲ 装着年月日             |                                |                              |
| ⑳ 支給回数                | ㉑ 支給算出額                                 | ㉒ 調整減額コード           | ㉓ 調査先コード                       | ㉔ 海外表示                       |
| ※                     | ※                                       | ※                   | ※                              | 0:国内 1:海外                    |
| ⑳ 支払金融機関の欄            | ㉕ 支払区分                                  | ㉖ 金融機関コード           | ㉗ 口座番号                         | 注意: (申請者名義以外の口座番号には振込できません。) |
|                       | 1:振込                                    |                     |                                |                              |
| 委任欄                   | ⑳ この給付金                                 |                     |                                |                              |
|                       | 退職者以外の方は給与を通しての支払いになる為、委任欄に署名・捺印します     |                     |                                |                              |

退職者の方は支払金融機関の欄に記入します(ゆうちょ銀行以外のもの)

退職者以外の方は給与を通しての支払いになる為、委任欄に署名・捺印します

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

受付日付印

年 月 日 提出

審査医師の意見

(治療用装具、輸血代)

傷病名 患者氏名

上記傷病のため、治療用装具(装具名)の必要を認めます。同意日 年 月 日

装着日 年 月 日

上記傷病のため、CCの輸血(生鮮血)の必要を認めます。輸血日 年 月 日

上記補装具の装着・輸血が行われたのは 入院中である・入院中ではない(かならず記入してください。)

上記のとおり相違ありません。所在地 名称 医師名 電話( - - )

領収(診療)明細書 金 円

|             |           |                  |       |
|-------------|-----------|------------------|-------|
| 患者氏名        | 昭・平・令     | 年 月 日            | 診察実日数 |
| 傷病名         | 療養期間      | 年 月 日 から 年 月 日まで | 日     |
| 療養に要した費用の内訳 |           |                  |       |
| 診療の内訳       | 薬名・用量等の明細 | ※ 決定金額           |       |
| 受診月日        | 月 日       | 月 日              | 月 日   |
| 初診          | 時間外・休日・深夜 | 回                | 点 (円) |
| 再診          | 時間内       | 回                | 点 (円) |
| 指導管理        | ( 日)      |                  | 点 (円) |
| 診察料         | 普通        | 回                | 点 (円) |

<添付書類>

- 【医療費を自費(立替払)で支払った場合】
  - ・「診療報酬明細書」(または、この箇所に医療機関から証明を受けてください)
    - ※傷病名の記載があるものが重要です
  - ・「領収書(原本)」
- 【他の保険者の保険証を誤って使用し、医療費の返還を行った場合】
  - ・「診療報酬明細書」
  - ・医療費を返還した際の「領収書(原本)」

|     |            |   |    |       |       |       |
|-----|------------|---|----|-------|-------|-------|
| 料 所 | 1 入院時医学管理料 | × | 日間 |       |       |       |
|     | 2 2週間以内    | × | 日間 |       |       |       |
|     | 2 2週間超1月以内 | × | 日間 |       |       |       |
|     | 1 1月超3月以内  | × | 日間 |       |       |       |
|     | 3 3月超      | × | 日間 |       |       |       |
| その他 |            |   |    | 点 (円) | 点 (円) | 点 (円) |

合計 点

上記のとおり領収(診療)いたしました。

年 月 日

医療機関名 { 所在地 名称 開設者

◎訂正したときは、医師氏名のわきに押し印した印と同じ印を押し印してください。



