

支給金額	算定基礎	令和 年 月 日				
¥		常務理事	事務長	事務次長	課長	係
支給期間						
自 令和 年 月 日						
至 令和 年 月 日						
(日間)						

被保険者

被扶養者 療養費支給申請書 (第 1 回目)

被保険者証の記号・番号	〇〇 — 〇〇〇	事業所の名称	〇〇信用金庫		
傷病名	右膝関節靭帯損傷	発病又は負傷の日(療養開始日)	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
傷病の原因及び経過	ランニングをしている時に転倒し負傷		第三者の行為によるものですか ① いいえ ・ 2 はい		
療養の給付を受けることができなかった理由	治療用装具購入のため				
診療を受けた病院等	名称	〇〇総合病院	診療した医師の氏名		
	所在地	札幌市北区〇条〇丁目	〇〇 〇〇		
診療の内容	右膝用装具の装着	療養に要した費用の額	〇〇, 〇〇〇 円		
診療の期間(装具購入年月日)	自 令和 年 月 日 日間	入院・入院外の別	入院した場合入院期間		
	至 令和 年 月 日 (令和〇〇年〇〇月〇〇日)	②入院外	自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日 日間		
療養が被扶養者に関するときはその者の氏名等	信金 花子	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日 続柄 妻		
備考*					

※ 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。)

上記のとおり申請いたします。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所 札幌市中央区北4条西5丁目1-4
被保険者 氏名 信金 太郎 ㊞

- 註 1. 療養費の支給を申請する場合は保険医療機関又は保険者の指定する機関で診療を受けることのできなかつた正当な理由がなければならない
2. 診療又は手当に要した費用の額に関する証明を裏面に記入受けること
3. 装具購入の場合は、治療上装具を必要と認めた医師の証明ならびに装具購入の領収書を添付すること
また、実際に装着する現物の写真を添付すること。(装具の前後、左右、上下の6方向、ロゴ・製品タグ等(ある場合)に対象者の被保険者証を添えて撮影した写真)
4. 記入すべき事項は洩れなく正確に必ず記入すること

診療費用領収（請求）明細書

（ 月 日から 月 日までの分）

氏名				本人 家族	診療 開始日	(1) 年 月 日	(2) 年 月 日	(3) 年 月 日
						(男・女) 昭和・平成・令和 年生		
傷病名					診療実日数	転 帰		
						治 ゆ	死 亡	中 止
診 察 料	初 診	時間外・休日・深夜	回	円	<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> 医療機関等の記入欄 </div>			
	再 診	再 診	回	円				
		外来管理加算	回	円				
		時間外 休日 深夜	回 回 回	円 円 円				
指 導		回	円					
在 宅 料	往 診	回	円					
	夜 間 緊急・深夜	回 回	円 円					
	その 他 薬 剤	回	円					
投 薬 料	内 服	薬 剤 調 剤	回	円				
	屯 服	薬 剤	回	円				
	外 用	薬 剤 調 剤	回	円				
	処 方 麻 毒 調 基		回	円				
注 射 料	皮 下	筋 肉 内	回	円				
	静 脈	内 他	回 回	円 円				
処 置 料	薬 剤	回	円					
手 術 麻 酔	薬 剤	回	円					
検 査	薬 剤	回	円					
画 像 診 断	薬 剤	回	円					
そ の 他	処 方 箋	回	円					
入 院 料	自 至	月 日 日間	円					
	入 院 時	医 学 管 理 料 日間	円					
	食 事	特 食 食 無 日間	円					
合 計				円	薬 剤 一 部 負 担 額	公 費 負 担 額	精 神 結 核 円	

上記のとおり金 円を領収しました。
請求します。

令和 年 月 日 医療機関の所在地

名 称

保険医氏名