

被保険者 療養費支給申請書【立替払等・治療用装具・生血・海外】
被扶養者 医科・歯科・調剤

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の	記号	番号	氏名	生年月日		
					昭和・平成	年	月 日
	② 事業所の	名称			☑		
		所在地					
	③ 被扶養者に関する申請のとき	氏名		生年月日	昭和・平成	年	月 日 続柄
	④ 傷病名						
	⑤ 発病又は負傷の原因について	いつ	平成	年	月	日	曜日 午前・午後 時 分頃
		何処で	何をして				
	⑥ 診療を受けた病院等	名称			☑		
		所在地				診療した医師の名前	
⑦ 診療の期間	自	年	月	日	日間	⑧ 診療に要した費用の額	
	至	年	月	日			
⑨ 診療の内容							
⑩ 申請の理由	ア) 治療用装具の作成		イ) 以前加入していた保険証による受診 保険証を提示出来なかった理由				
	ウ) 緊急やむを得ず自費		()				
	エ) 輸血の生血代		オ) 海外にて受診		カ) その他		
⑪ 第三者の行為によるものですか	はい いいえ	⑫ その事実と届出の有無	した していない	⑬ 加害者の	住所 氏名		
⑭ 被保険者の	上記の通り申請します。平成 年 月 日				受付年月日		
	住所						
	氏名	⑮					
	セメント商工健康保険組合理事長 殿						
委任状	私は下記の受領責任者を代理人と定め、平成 年 月 日請求した被保険者療養費、家族療養費の受領方を委任します。						
	平成 年 月 日	被保険者の	住所			⑯	
		氏名					
		代理人の	住所			⑯	
		(受領責任者) 氏名					
振込希望の銀行	銀行	支店	普通 当座	名義人			

《添付書類》

- ア) 治療用装具の作成 医師の意見書、領収書の原本
- イ) 以前加入していた保険証による受診 診療報酬明細書の写し、領収書の原本
- ウ) 緊急やむを得ず自費 診療報酬明細書の写し、領収書の原本
- エ) 輸血の生血代 輸血証明書、領収書の原本
- オ) 海外にて受診 診療内容明細書、領収書の原本(外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名の記載がある翻訳文を添付してください。)

《注意事項》

- ア) 個人ごと、医療機関ごと、調剤薬局ごと、診療月ごと、入院外来別に申請書1枚必要です。
- イ) 第三者の行為による負傷の場合は、必ず第三者行為の傷病届を一緒にご提出ください。

領収(診療)明細書

患者名		傷病名		診療日				
入院外		備考		入院		備考		
初診	時間外・休日・深夜	回		初診	時間外・休日・深夜	回		
再診	再診	×	回	投薬	内服薬剤	単位		
	外来管理加算	×	回		頓服薬剤	単位		
	時間外	×	回		外用薬剤	単位		
	休日	×	回		調剤	単位	×	回
	深夜	×	回		麻毒調基			回
指導								
在宅	往診	×	回	注射	皮下筋肉内		回	
	夜間	×	回		静脈内			回
	深夜・緊急	×	回		その他			回
	在宅患者訪問	×	回	処置	薬剤	×	回	
	その他	×	回		手麻酔			回
投薬	内服	薬剤	単位	薬剤	×	回		
		単位	×	回	検査			回
	外用	薬剤	単位	薬剤	×	回		
		単位	×	回	診画断像			回
	処方薬剤	×	回	その他	処方箋		回	
麻毒調基			薬剤	×	回			
注射	皮下筋肉内		回	入院	入院年月日			
	静脈内		回		病診衣	×	日間	
	その他		回		入院料	×	日間	
処置	薬剤	×	回			×	日間	
		×	回			入院医学管理料	×	日間
手麻酔	薬剤	×	回				×	日間
検査	薬剤	×	回	×	日間			
		×	回	特定入院料・その他				
診画断像	薬剤	×	回	食事	基準			
		×	回		円	×	日間	
その他	処方箋		回		円	×	日間	
	薬剤	×	回	円	×	日間		
合計			円	合計			円	

領収(診療)明細書は投与した薬剤名及び検査名、処置名、手術名をレセプト作成時と同様に記載してください。なお、記載欄が不足の場合は、備考をお使いください。

上記の通り領収(診療)いたしました。

医療機関 名称

氏名

㊞

代理人の 氏名

(受領責任者) 電話

㊞

① 医科診療で医療機関より「診療報酬明細書の写し」が発行されない場合のみ、この用紙に記入を依頼してください。

② 歯科診療・調剤薬局の明細書は、医療機関から発行してもらってください。