

# 健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (立替払等)

令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者の記号-番号		被保険者の氏名				生 年 月 日		年 齢	
	-		(フリガナ)				昭和 平成		歳	
	被保険者 (申請者) の住所		〒 電話番号 - -							
	事業所の 名称									
	受診者が被扶 養者の場合は、 その方の		氏名	生年 月日	昭和 平成 年 月 日			被保険者か らみた続柄		
	傷病名					発病又は負傷 の年月日		令和 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)		
	発病または負傷の 原因及びその経過									
	第三者行為 による負傷ですか		はい ・ いいえ		仕事中(業務上、通勤途中) による負傷ですか		はい ・ いいえ			
	診療を受けた 病院等		名称				診療した医師氏名			
			所在地							
診療の内容										
診療区分		入院 ・ 外来		入院の場合入院期間						
診療に要した費用の額		円		令和 年 月 日		日間				
		令和 年 月 日								
療養の給付を受けることが できなかった理由 ※該当する番号を○ で囲んでください。 5.の場合は理由 をご記入ください。		1. 加入手続き中で保険証が届いていなかったため 2. 緊急やむを得ず受診し保険証を持っていなかったため 3. 誤って当健康保険組合以外の保険証を使用してしまったため 4. 生血の費用を支払ったため 5. その他〔 〕								
支 払 金 融 機 関	銀行	銀行名	支店名または店名	口座種別	口 座 番 号				口座名義人(カタカナ)	
				普通・当座						
郵便局	郵便局	記 号		の	番 号				口座名義人(カタカナ)	
	9900									

(添付書類についての注意)

(R3.7)

療養の給付を受けることができなかった理由が、

受付日付印

- 1. 2.の場合 ・病院で支払った際の領収書(原本)  
・医療機関(調剤分は調剤薬局)発行の「診療明細書」の原本または裏面「領収(診療)明細書」  
に医療機関(調剤分は調剤薬局)にて内容の証明を受けたもの
- 3.の場合 ・医療費を返還した際の領収書(原本)  
・診療報酬明細書(レセプト)※封を開けずに添付してください。
- 4.の場合 ・生血代金の領収書(原本)  
・輸血を必要とする医師の証明書(原本) 鉄道弘済会健康保険組合

# 領収（診療）明細書

※すでに申請の対象となる費用については領収証明を発行しているときは「領収」の字句を消し「診療明細書」として所定の事項を記入してください。

氏名	診療実日数		日			
傷病名	(1) (2) (3)		診療開始日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日		
初診	時間外・休日・深夜	× 回	円	転帰	治ゆ	死亡 中止
再診	再診 外来管理加算 時間外 休日 深夜	× 回 × 回 × 回 × 回		※ 薬名・用量等の明細		
指導						
在宅	往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬剤	回 回 回 回				
投薬	内服 薬剤 調剤 外用 薬剤 調剤 処方 麻毒 調基	× 単回 × 単回 × 単回 × 単回				
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他	回 回 回				
処方	処置 薬剤	回				
手術	手術・麻酔 薬剤	回				
検査	検査 薬剤	回				
画像	画像診断 薬剤	回				
その他	処方せん その他 薬剤	回				
入院	入院年月日 月 日～ 月 日 日間			① 合計	円	
	入院料 × 日 入院時医学管理料 × 日 特入・その他 食事 円× 日			② 薬剤一部負担金額	円	
				③ 公費負担額	円	
上記のとおり領収（診療）いたしました。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 医療機関の電話番号						

※骨髄、臍帯血等の搬送時のみ添付

## 骨髄、臍帯血等の搬送に関する医師の意見書

被保険者証 記号番号	—	該当者氏名		性別	男 ・ 女		
傷病名							
搬送期間	平成・令和	年	月	日	から	搬送回数	回
	平成・令和	年	月	日	まで		
搬送区間	から					まで	
	( 片道 ・ 往復 )		( 搬送した距離 約			km)	
搬送手段	新幹線 ・ 電車 ・ 車 ・ その他( )						
搬送を必要と認めた理由							
上記のとおり、搬送の必要を認めます。							
令和 年 月 日							
医療機関名							
所在地							
医師氏名			電話番号 — —				