

# 療養費支給申請書 (一般・補装具)

1枚目

被保険者証 記号・番号	88 - 00 . 1111			個人番号 (マイナンバー)				
受診者氏名	職能 健太			個人番号 (マイナンバー) 欄は特定個人情報の漏えい防止・保護の為、 2枚目用紙にのみご記入ください。				
組合員との 続柄	長男	生年月日	昭和 平成	1年	2月	3日生	性別	男・女

療養の給付を受けることができなかった理由  
(必ず記入してください。)

旅行中に保険証を携帯していなかった為。

領収 細書	傷病名		診療開始日	診療終了日	摘要	
	(1)	(2)	年 月 日	年 月 日		
初診	時間外・休日・深夜		<input type="checkbox"/>			
再診	再診		<input type="checkbox"/>			
指導	外来管理加算		<input type="checkbox"/>			
	時間外		<input type="checkbox"/>			
	休日		<input type="checkbox"/>			
在宅	深夜		<input type="checkbox"/>			
	緊急・深夜		<input type="checkbox"/>			
	在宅患者訪問診療		<input type="checkbox"/>			
	その他		<input type="checkbox"/>			
投薬	薬剤		単位	<input type="checkbox"/>		
	調剤		単位	<input type="checkbox"/>		
	処方		単位	<input type="checkbox"/>		
	調剤		単位	<input type="checkbox"/>		
注射	処方		<input type="checkbox"/>			
	調剤		<input type="checkbox"/>			
処置	手術		<input type="checkbox"/>			
	検査		<input type="checkbox"/>			
入院	その他		<input type="checkbox"/>			
	病診衣	入院料	日間	<input checked="" type="checkbox"/>		
		入院料	日間	<input checked="" type="checkbox"/>		
		入院料	日間	<input checked="" type="checkbox"/>		
		医学管理料	日間	<input checked="" type="checkbox"/>		
		医学管理料	日間	<input checked="" type="checkbox"/>		
		医学管理料	日間	<input checked="" type="checkbox"/>		
その他	日間	<input checked="" type="checkbox"/>				
食事	基準		円×	<input type="checkbox"/>		
			円×	<input type="checkbox"/>		
			円×	日間		
			円×	日間		
合計			点 円	※決定額	円	

理由の記入を  
必ずお願いします。

円也領収しました。

医療機関  
氏名 所在地  
名称

保険医療機関の方へ (記入上の注意)

1、記入は診療報酬請求明細書の記入要領により記入してください。

2、記入事項を訂正した場合は必ず訂正印を押してください。

上記のとおり申請します。  
 なお、上記療養費の受領を下記受任者に委託します。 平成 28 年 2 月 / 日

組合員	住所	〒163-0843 東京都新宿区市谷田町2-26	個人番号 (マイナンバー)
	氏名	職能 太郎	個人番号 (マイナンバー) 欄は特定個人情報の漏えい防止・保護の為、 2枚目用紙にのみご記入ください。

東京建設職能国民健康保険組合 必ず押印願います。

- 領収書および領収明細書については、証明できるほかの書類にかえてもかまいません。
  - 補装具の申請をする場合は、上記領収明細書欄の記入は必要ありません。
- ★事業主のかたは、組合員の個人番号及び本人(身元)確認を実施のうえ、2枚目に署名・押印をお願いします。

こちら2枚目にも  
押印をお願いします。

受任者(組合長)

## 支部記入欄

※受付日付印

# 療養費支給申請書 (一般・補装具)

2枚目

保険医療機関の方へ(記入上の注意) 1、記入は診療報酬請求明細書の記入要領により記入してください。 2、記入事項を訂正した場合は必ず訂正印を押してください。

被保険者証 記号・番号	88 - 00 . 1111		個人番号(マイナンバー) 必ず記入してください													
受診者氏名	職能 健太			4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
組合員との 続柄	長男	生年月日	昭和 平成	1	年	2	月	3	日生	性別	男	女				
療養の給付を受けることができなかった理由 (必ず記入してください。)	旅行中に保険証を携帯していなかった為。															
傷病名	(1)	診療開始日		診療終了日		実日数		転帰								
	(2)	年	月	日	年	月	日	日	治癒	死亡	中止					
診療内容	診療内容		点数又は金額		摘要					領収欄						
	初診	時間外・休日・深夜	□							平成 金						
再診	再診	□								年						
	外来管理加算	□								月						
	時間外	□								日						
	休日 深夜	□								医療機関 氏名 所在地 名称						
在宅	指導															
	往診	□														
	夜間	□														
	緊急・深夜	□														
	在宅患者訪問診療	□														
	その他	□														
	薬剤	□														
	内服	薬剤 調剤	□	単位												
	外用	薬剤 調剤	□	単位												
	処方 麻毒 調基	□														
注射	□															
手術	□															
検査	□															
その他	□															
入院	④ 年 月 日 ~ ⑤ 年 月 日															
	病診衣	入院料	×	日間												
		医学管理料	×	日間												
		その他	×	日間												
			×	日間												
			×	日間												
			×	日間												
食事	基準	円×	□													
		円×	□													
		円×	□	日間						他法負担 結核予防法 点						
		円×	□	日間						他法(法名) 点						
合計			点 円	※決定額							円					

円也領収しました。

上記のとおり申請します。

なお、上記療養費の受領を下記受任者に委託します。

平成 28 年 2 月 1 日

マイナンバーの  
記入をお願いします

〒163-0843 東京都新宿区市谷田町2-26

個人番号(マイナンバー)

必ず記入してください

職能 太郎

2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2

も必ず押印願います。

事業主の方は  
本人確認後に署名・  
押印をお願いします。

こちらと1枚目にも  
押印をお願いします。

個人番号及び本人(身元)確認をしましたので、署名

事業所住所・事業所名  
〒000-0000  
東京都新宿区新宿1丁目番1号 千代田 建築

事業主氏名  
千代田 造家

受任者(組合長)

## 支部記入欄

※受付日付印