

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 花子 | | 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 | 妻 | 生年月日 | 昭和 平成 | 33年 | 6月 | 7日生 | 性別 | 男・ <input checked="" type="radio"/> 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。) | 保険契約が無い為。 | | | | | | | |
| 領収 明細書 | 傷病名 | | 診療開始日 | | 診療終了日 | | 理由の記入を 必ずお願いします。 | 金 年 月 日 医療機関 氏名 所在地 |
| | (1) | | 年 月 日 | | 年 月 日 | | | |
| (2) | | 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | |
| 診療内容 | | 点数又は金額 | | 摘要 | | | | |
| 初診 | 時間外・休日・深夜 | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 再診 | 再診 | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 再診 | 外来管理加算 | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 再診 | 時間外 | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 再診 | 休日 | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 再診 | 深夜 | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 指導 | | | | | | | | |
| 在宅 | 往診 | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 在宅 | 夜間 | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 在宅 | 緊急・深夜 | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 在宅 | 在宅患者訪問診療 | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 在宅 | その他 | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 在宅 | 薬剤 | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 投薬 | 内服 (薬剤 調剤) | 単位 <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 投薬 | 屯服 (薬剤 調剤) | 単位 <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 投薬 | 外用 (薬剤 調剤) | 単位 <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 投薬 | 処方 | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 投薬 | 麻毒 | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 投薬 | 調基 | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 注射 | | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 手術 | | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 検査 | | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 検査 | | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| その他 | | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 入院 | ⑩年 月 日 ~ ⑪年 月 日 | | | | | | | |
| 入院 | 病診衣 | × | 日間 | | | | | |
| | 入院料 | × | 日間 | | | | | |
| | 医学管理料 | × | 日間 | | | | | |
| | その他 | × | 日間 | | | | | |
| | その他 | × | 日間 | | | | | |
| 食事 | 基準 | 円 × <input type="checkbox"/> | 他法負担 | 結核予防法 | 点 | | | |
| | | 円 × <input type="checkbox"/> | | 他法 (法名) | 点 | | | |
| | | 円 × <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | 円 × <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 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 / 日

| | | | |
|-----|----|-----------------------------|--|
| 組合員 | 住所 | 〒162-0843 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。

こちらと2枚目にも
押印をお願いします。

1. 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。

2. 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。

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 花子 | | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 組合員との 続柄 | 妻 | 生年月日 | 昭和 平成 | 33 | 年 | 6 | 月 | 7 | 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。) | 保険契約が無い為。 | | | | | | | | | | | |

| 領収 | 傷病名 | | 診療開始日 | | | 診療終了日 | | | 実日数 | 転帰 | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|----|------|--------|---|-----|--|----|----|----|
| | (1) | (2) | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | 日 | 治癒 | 死亡 | 中止 |
| 療 | 診療内容 | | 点数又は金額 | | 摘要 | | | 領収欄 | | | | |
| | 初診 | 時間外・休日・深夜 | <input type="checkbox"/> | | | | | | 平成 年 月 日 医療機関 氏名 所在地 | | | |
| 再診 | 再診 外来管理加算 時間外 休日 深夜 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| 指導 | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| 在宅 | 往診 夜間 緊急・深夜 在宅患者訪問診療 その他 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| 投薬 | 内服(薬剤 調剤) 外用(薬剤 調剤) 処方 麻毒 調基 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| 注射 | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| 処置 | 手術 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| 検査 | レントゲン | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| その他 | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| 入院 | 病診衣 | 入院料 | × | 日間 | | | | | | | | |
| | 入院料 | × | 日間 | | | | | | | | | |
| 院 | 医学管理料 | × | 日間 | | | | | | | | | |
| | | × | 日間 | | | | | | | | | |
| | | × | 日間 | | | | | | | | | |
| その他 | | × | 日間 | | | | | | | | | |
| 食事 | 基準 | 円× | <input type="checkbox"/> | | 他法負担 | 結核予防法 | 点 | | | | | |
| | | 円× | <input type="checkbox"/> | | | 他法(法名) | | 点 | | | | |
| | | 円× | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| | | 円× | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| 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

| | | | | | | | | | | | | |
|----------|--------------------------|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 住所 | 〒162-0843 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 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 受任者(組合長) | 職能 太郎 | | | | | | | | | | | |

事業主の方は
本人確認後に署名・
押印をお願いします。

こちらと一枚目にも
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 千代田
東京都新宿区新宿1丁目1番1号 建築

事業主氏名 千代田 造家

※受付日付印

支部記入欄