

療養費支給申請書 (一般・補装具)

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。)	旅行中に保険証を持参していなかったため											

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。

領収	傷病名		診療開始日			診療終了日			実日数	転帰		
	必ず理由を記入してください!		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"/>									
再診	外来管理加算	<input type="checkbox"/>										
診	時間外	<input type="checkbox"/>										
	休日	<input type="checkbox"/>										
	深夜	<input type="checkbox"/>										
指導		<input type="checkbox"/>										
在宅	往診	<input type="checkbox"/>										
	夜間	<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"/>										
	薬剤	<input type="checkbox"/>										
投薬	内服 (薬剤)	<input type="checkbox"/>	単位									
	調剤	<input type="checkbox"/>										
	屯服 (薬剤)	<input type="checkbox"/>	単位									
	調剤	<input type="checkbox"/>										
	外用 (薬剤)	<input type="checkbox"/>	単位									
	調剤	<input type="checkbox"/>										
	処方	<input type="checkbox"/>										
	麻毒	<input type="checkbox"/>										
	調基	<input type="checkbox"/>										
注射		<input type="checkbox"/>										
		<input type="checkbox"/>										
処置	手術	<input type="checkbox"/>										
		<input type="checkbox"/>										
検査		<input type="checkbox"/>										
		<input type="checkbox"/>										
その他		<input type="checkbox"/>										
		<input type="checkbox"/>										
入院	病診衣	<input type="checkbox"/>	年	月	日	年	月	日				
	入院料	<input type="checkbox"/>	×						日間			
	医学管理料	<input type="checkbox"/>	×						日間			
		<input type="checkbox"/>	×						日間			
		<input type="checkbox"/>	×						日間			
		<input type="checkbox"/>	×						日間			
	その他	<input type="checkbox"/>										
食事	基準	<input type="checkbox"/>	円	×						他法負担	結核予防法	点
		<input type="checkbox"/>	円	×							他法 (法名)	点
		<input type="checkbox"/>	円	×								
		<input type="checkbox"/>	円	×								
合計									点	円	円	円

円也領収しました。
医療機関
所在地
氏名称

上記のとおり申請します。 令和 6 年 8 月 21 日

なお、上記療養費の受領を下記受任者に委託します。

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 理事長 殿 ※2枚目にも必ず押印願います。

- 領収書および領収明細書については、これを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。

受任者(組合長)

支部名 _____

住所 _____

氏名 _____

※2枚目にも必ず押印願います。

※受付日付印

支部記入欄

