

# 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。)	保険契約が無いため。											

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		
再診	外来管理加算	<input type="checkbox"/>							年			
診	時間外	<input type="checkbox"/>							月			
診	休日	<input type="checkbox"/>							日			
診	深夜	<input type="checkbox"/>							日			
指導		<input type="checkbox"/>							氏名			
在宅	往診	<input type="checkbox"/>							名称			
在宅	夜間	<input type="checkbox"/>							所在地			
在宅	緊急・深夜	<input type="checkbox"/>							円也領収しました。			
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)	<input type="checkbox"/>	単位									
投薬	調剤	<input type="checkbox"/>	単位									
投薬	屯服 (薬剤)	<input type="checkbox"/>	単位									
投薬	調剤	<input type="checkbox"/>	単位									
投薬	外用 (薬剤)	<input type="checkbox"/>	単位									
投薬	調剤	<input type="checkbox"/>	単位									
投薬	処方	<input type="checkbox"/>	単位									
投薬	麻毒	<input type="checkbox"/>	単位									
投薬	調基	<input type="checkbox"/>	単位									
注射		<input type="checkbox"/>	単位									
注射		<input type="checkbox"/>	単位									
処置	手術	<input type="checkbox"/>	単位									
処置	検査	<input type="checkbox"/>	単位									
検査		<input type="checkbox"/>	単位									
検査		<input type="checkbox"/>	単位									
その他		<input type="checkbox"/>	単位									
その他		<input type="checkbox"/>	単位									
入院	病診衣	<input type="checkbox"/>	日間									
入院	入院料	<input type="checkbox"/>	日間									
入院	医学管理料	<input type="checkbox"/>	日間									
入院	その他	<input type="checkbox"/>	日間									
食事	基準	円 ×	日間									
食事		円 ×	日間									
食事		円 ×	日間									
食事		円 ×	日間									
合計			点円									
							※決定額			円		

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
	<h1>支部記入欄</h1>		
			※2枚目にも必ず押印願います。

※受付日付印

# 療養費支給申請書 (一般・補装具)

マイナンバーの記入をお願いします。

保険医療機関の方へ(記入上の注意) 1、記入は診療報酬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		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
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。)	保険契約が無いため。														

領収(療養費)	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		
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	回							平成 年 月 日  医療機関 氏名 名称 所在地	円也領収しました。			
再診	再診 外来管理加算 時間外 休日 深夜	回												
指導		回												
在宅	往診 夜間 緊急・深夜 在宅患者訪問診療 その他 薬剤	回												
投薬	内服 { 薬剤 調剤 単位 回 屯服 薬剤 単位 回 外用 { 薬剤 調剤 単位 回	回												
注射	処方 麻毒 調基	回												
手術		回												
検査		回												
その他		回												
入院	◎年 月 日 ~ ◎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										
食事	基準	円 ×	回				他法負担			結核予防法		点		
		円 ×	回				他法(法名)					点		
		円 ×	日間											
		円 ×	日間											
合計			点 円				※決定額			円				

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)	必ず記入してください											
	氏名	職能 太郎	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

東京建設職能国民健康保険組合 理事長 殿 ※こちらにも必ず押印願います。 マイナンバーの記入をお願いします。

★事業主確認欄  
個人番号及び本人(身元)確認をしましたので、署名します。

事業所住所・事業所名  
〒162-0843 東京都新宿区新宿1丁目1番1号 千代田建築

事業主氏名 千代田 造家

受任者(組合員)

支部名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

## 支部記入欄

※こちらにも必ず押印願います。

※受付日付印