

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

（第 〇 回目）

被保険者証の 記号・番号	〇〇〇	被保険者が勤務する (していた)事業所の	名称	〇〇〇〇株式会社	電話	〇〇〇 局 〇〇〇〇番
	〇〇〇〇		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1		
傷病名	盲腸炎		発病又は負傷の年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		
発病又は負傷の原因	不明					
傷病の経過	治癒					
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称	〇〇〇〇病院	所在地及び電話番号	〒222-2222		
	氏名	〇〇 〇〇		〇〇県〇〇市〇〇町2 222-2222-2222		
診療又は手当の内容	投薬		入院期間	自	年	月
				至	年	月
			コルセット装着日	年	月	日
診療又は手当を受けた期間	自	〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇日間	診療又は手当に要した費用の額	金	〇〇〇〇 円也
	至	〇〇年 〇〇月 〇〇日				
診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨						
療養の給付又は特定療養費もしくは家族療養費の支給を受けることのできなかった理由	旅行先で保険証を携帯していなかったため					
第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	加害者の氏名				
		加害者の住所		〒		
被扶養者に関する申請のとき	氏名		生年月日	昭平令	年	月
					日	被保険者との続柄
<p>上記のとおり申請します。 〇〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p style="text-align: right;">〒000 - 0000</p> <p>被保険者の 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 氏名 三菱 太郎</p> <p>三菱地所健康保険組合理事長 殿</p>						

（注意事項）

靴型装具の申請のときは現物の写真を添付して下さい。

領収（診療）明細書

(月 日から 月 日までの分)

患者名	職務上の事由	職務上・下船後 3月以内・通勤災害	傷病名	
初診	時間外 休日 深夜	円	注射 皮下注射・静脈内 その他	回 回
再診	再診 時間外 休日 深夜	回 回 回 回	検査 薬剤	回 回 回 回
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レゲン ント	回 回 回
指導			処置 及び 手術	回 回 回 回
投薬	内服 屯服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 単位 回	薬剤	回
入院	1月未満	日間（ 日～ 日）	その他	回
	1月～3月未満	日間（ 日～ 日）	合計	
	3月以上 給食の有無	日間（ 日～ 日）		

上記のとおり領収（診療）いたしました。

年 月 日

〒

住所
医師 氏名

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	年 月 日請求した	療養費のうち
	金 円也の受領に関すること。	
	年 月 日	
	被保険者の	住所 ○○県○○市○○町1-1 氏名 三菱 太郎
	代理人の	住所 氏名

(注意事項)

1. 領収書を添付して下さい。
2. 歯科診療の場合は、うへの領収（診療）明細書を使用せず、別に領収（診療）明細書を作成して下さい。
3. 輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「治療のため必要と認める旨の証明書」を添付して下さい。
この場合、うへの領収（診療）明細書の記入は必要ありません。

(その2) あんま・マッサージ用

あん摩 マッサー ジ指圧師 が記入す るところ	初療年月日	施術期間	年 月 日から	実日数	請求区分							
	年 月 日		年 月 日まで	日	新規 ・ 継続							
	傷病名及び症状詳細				転 帰							
	マッサージ	軀 幹	円×	回=	円	適用						
		右上肢	円×	回=	円							
		左上肢	円×	回=	円							
		右下肢	円×	回=	円							
		左下肢	円×	回=	円							
	変形徒手矯正術	円×	脚×	回=	円							
	温罨法	円×	回=	円								
	温罨法・電気光線器具	円×	回=	円								
	往療料 4kmまで	円×	回=	円								
	往療料 4km超	円×	回=	円								
	施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)	円×	回=	円								
	費用額の合計			円								
施術日 (通院○往療◎)	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										
施術証明欄	保健所登録区分		1.施術所所在地 2.出張専門施術者住所地									
	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。											
	年 月 日	〒	-									
	住所	名称	氏名	電話								
免許登録番号	あん摩マッサージ指圧師											
医師の 同意	同意医師の氏名	住所及び医療機関名	同意年月日	傷病名	要 加療期間							

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。			
	年 月 日請求した	療養費のうち	金	円也の受領に関すること。	
	年 月 日				
	被保険者の	住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1		
		氏名	三菱 太郎		
	代理人の	住所			
		氏名			

- (添付書類) 1. あん摩・マッサージ院が発行した領収書 (原本)
2. 医療機関の同意書 (原本)、初診月又は6ヵ月後の再同意の際、添付が必要です。

- (注意事項) 1. 申請は1ヵ月 (暦月) ごとに1通作成してください。
2. 医療機関での同様のマッサージ治療・柔整・鍼灸との併給はできません。
3. 委任状欄に被保険者の住所・氏名を記入して、事業所経由で提出してください。