

決定年月日		平成 年 月 日				
支払年月日		平成 年 月 日				
理事長	常務理事	事務長				

支給額		円
内訳	法定	円
	付加	円
資格取得日		平成 年 月 日
資格喪失日		平成 年 月 日

神戸新聞健康保険組合理事長 様

被保険者・被扶養者 療養費 療養付加金 支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	事業所名				所属部署名				
	記号一番号	—			被保険者名	◎			
	傷病名				発病又は 負傷年月日	平成	年	月 日	
	発病又は負傷の原因								
	診療を受けた 医療機関名				診療を受けた医師名				
	診療の内容 傷病の経過								
	診療期間	平成	年	月 日	～	平成	年	月 日	
	診療に要した 費用				円				
	給付を受ける事が 出来なかった理由								
	申請者が被扶養者に 関する場合	氏名			生年月日	昭和 平成	年	月 日	続柄
第三者行為による 負傷の場合	相手の氏名			第三者行為による負傷の届出の有無(※)					
※ 第三者行為による負傷の届を健保に届出されていない方はこの申請書以外に書類が必要です。									
備考欄									

【添付書類についての注意】

受付日印

- 証不携行による立替払いの場合、領収(診療)明細書を添付下さい。(医療機関等で明細書の発行がなかった場合は、健康保険組合までお問合せ下さい)
- 輸血の場合、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収書」を添付下さい。
- 治療用装具の場合、「装着を必要と認められる医療担当者の証明書」(意見書又は同意書)と領収書を添付下さい。

◇ 下部分は健康保険組合記入欄

種目	請求	査定	種目	請求	査定	種目	請求	査定
初診	円	円	手術麻酔	円	円		円	円
再・往診			検査					
指導			画像			補装具		
投薬						%		
注射						合計		
処置						一部負担		

※ 自費払い申請に「診療報酬明細書」と「領収書」を添付できない場合はこの証明が必要になります。

医師が証明する欄

領収(診療)明細書

患者名				傷病名					
入院外				入院					
初診	時間外・休日・深夜	回		初診	時間外・休日・深夜	回			
再診	再診	×	回	投薬	内服 薬剤		単位		
	外来管理加算	×	回		頓服 薬剤		単位		
	時間外	×	回		外用 薬剤		単位		
	休日	×	回		処方	×	回		
	深夜	×	回		麻毒	×	回		
指導				調基					
在宅	往診		回	注射	皮下筋肉内		回		
	夜間		回		静脈内		回		
	深夜・緊急		回		その他		回		
	在宅患者訪問診療		回	処置			回		
	その他				薬剤		回		
投薬	内服 薬剤		単位	手術 麻酔			回		
	内服 調剤	×	回		薬剤		回		
	頓服 薬剤		単位	検査			回		
	外用 薬剤		単位		薬剤		回		
	外用 調剤	×	回	画像 診断			回		
	処方	×	回		薬剤		回		
	麻毒	×	回	その他	処方せん	×	回		
調基			薬剤			回			
注射	皮下筋肉内		回	入院	入院年月日	平成	年	月	日
	静脈内		回		入院料	×		日間	
	その他		回			×		日間	
処置			回			×		日間	
	薬剤		回		入院時医学管理料	×		日間	
手術 麻酔			回			×		日間	
	薬剤		回			×		日間	
検査			回		特定入院料				
	薬剤		回		その他				
画像 診断			回		食事・ 生活	基準			円
	薬剤		回	食事				円	
その他	処方せん	×	回	生活				円	
	薬剤		回	環境				円	
合計			円	合計			円		

上記のとおり領収(診療)いたしました。

※ 1点()円の計算による

平成 年 月 日 医療機関所在地

医療機関名称

医師名

印

※ すでに申請の対象となる費用について領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の]項を記入ください。

※ 歯科診療の立替払いはこの用紙は使用できません。