

被保険者・被扶養者 療養費支給申請書

(立替払い等)〔その1〕

常務理事	事務長	課長	担当者

▼支給決定 下記のとおり、支給してよろしいか。

20	療養費	円
20	第二家族療養費	円
73	一部負担還元金	円
74	家族療養付加金	円
53	高額療養費	円
75	合算高額療養費	円

支給 合計金額	円
支給決定 年月日	令和 年 月 日
支給予定 年月日	令和 年 月 日

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	-		※注3 被保険者等記号・番号が不明な場合にのみ マイナンバーを記入	
	氏名			被保険者の マイナンバー	- -
	生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日	申請年月日	令和 年 月 日
	住民票住所	〒	-	TEL	-

療 養 を う け た 方	フリガナ			今回申請 した理由	医療費を全額自己負担したため
	氏名			発症または 負傷年月日	令和 年 月 日
	性別	1. 男 2. 女	被保険者から みた続柄 (長男等)	療養に至った 傷病名等	
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	療養に要し た費用の額	円
	診療内容				
	診療の期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 までの 日間			
	入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 までの 日間			
	申請の種類	1. マイナ保険証が使用できなかった 2. 他の保険者の資格で受診し、医療費を返還した 3. 入院時の食事代の差額を申請 4. その他 ()			
	傷病の原因	1. 工作中以外(業務外)の傷病 2. 工作中(業務上)の傷病 3. 通勤途中での傷病			
	労働災害または通勤災害の認定を受けていますか？			1. はい 2. 申請中 3. 未申請	
	傷病の原因は外傷によるものですか？			1. はい 2. いいえ	
	「負傷原因報告書」は提出済ですか？			1. はい 2. いいえ	
	傷病の原因は第三者行為によるものですか？			1. はい 2. いいえ	
「負傷原因報告書」と「第三者行為による傷病届」は提出済ですか？			1. はい 2. いいえ		

申 請 ・ 受 領 委 任 欄	申請(受領委任)者は被保険者です。		この給付金の受領を下記の者に委任します。	
	被保険者氏名			事業所名称
	日中に連絡が とれる電話番号	-		受領責任者 役職名
	受領委任 年月日	令和 年 月 日		受領責任者 氏名

【注意事項】

1. この申請は、被保険者または被扶養者が医療機関等の窓口で医療費の全額を支払ったときに提出してください。
2. 選択欄は該当する数字を記入するか、○を記入してください。
3. 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーを記入してください。
被保険者等記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書で確認できます。
4. この申請書に領収証・領収明細書（原本）を添付してください。
5. 申請の種類が「1. マイナ保険証が使用できなかった・2. 他の保険者の資格で受診し、医療費を返還した」の場合、「傷病名が記載された診療報酬明細書」を添付してください。
「傷病名が記載された診療報酬明細書」は、医療機関等の様式もしくは当組合の様式「療養費支給申請書（立替払い等）〔その2〕」に証明を受けたものを添付してください。
6. この申請が外傷病名の場合、負傷原因報告書を必ず提出してください。
第三者行為や労働災害、通勤災害によるもの場合は、支給対象としません。
7. 被保険者がお亡くなりになっている場合、法定相続人が申請・受領委任欄の被保険者氏名欄に法定相続人の氏名を、また、その氏名の横に法定相続人と被保険者との具体的な続柄を記入してください。

療養費支給申請書〔その2〕

医科外来 診療報酬明細書

被保険者等 記号-番号	-	対象者 氏名		1点当 り単価	円
傷病名		診療開始日	令和 年 月 日 令和 年 月 日		
申請期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 の 日間	療養に要した 費用(領収額)			円

診療の内訳		診療内容 (詳細に記入ください)		単価 (点)	金額 (円)
初診	時間外・休日・深夜	回			
再診	再診	× 回			
	外来管理加算	× 回			
	時間外	× 回			
	休日	× 回			
	深夜	× 回			
医学管理					
在宅	往診	回			
	夜間	回			
	深夜・救急	回			
	在宅患者訪問診療	回			
	その他 薬剤				
投薬	内服・薬剤	単位 調剤 回			
	頓服・薬剤	単位 調剤 回			
	外用・薬剤	単位 調剤 回			
	処方	回			
	調基	回			
注射	皮下筋肉内	回			
	静脈内	回			
	その他	回			
処置		回			
	薬剤	回			
手術麻酔		回			
	薬剤	回			
検査		回			
	薬剤	回			
画像診断		回			
	薬剤	回			
その他	処方せん	回			
	薬剤	回			
合計					

医療 機 関 証 明 欄	上記のとおり診療を行い、その費用を領収しました。 ※医療機関発行の診療報酬明細書の添付も可
	令和 年 月 日 所在地
	名称
	医師の氏名
	電話番号



療養費支給申請書〔その2〕

医科歯科入院 診療報酬明細書

被保険者等 記号-番号	-	対象者 氏名		1点当 り単価	円
傷病名			診療開始日	令和 年 月 日 令和 年 月 日	
申請期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 の	日間	療養に要した費 用(領収額)		円

診療の内訳		診療内容 (詳細に記入ください)	単価 (点)	金額 (円)
初診	時間外・休日・深夜	回		
医学管理				
在宅				
投薬	内服・薬剤	単位 調剤 回		
	頓服・薬剤	単位 調剤 回		
	外用・薬剤	単位 調剤 回		
	処方	回		
	調基	回		
注射	皮下筋肉内	回		
	静脈内	回		
	その他	回		
処置		回		
	薬剤	回		
手術麻酔		回		
	薬剤	回		
検査		回		
	薬剤	回		
画像診断		回		
	薬剤	回		
その他	処方せん	回		
	薬剤	回		
入院	入院年月日	年 月 日		
	病 診	入院基本料・加算		
		点 日間 日間 日間 特定入院・その他		
合計				

医 療 機 関 証 明 欄	上記のとおり診療を行い、その費用を領収しました。 ※医療機関発行の診療報酬明細書の添付も可
	令和 年 月 日 所在地
	名称
	医師の氏名
	電話番号



療養費支給申請書〔その2〕

歯科外来 診療報酬明細書

被保険者等 記号-番号	-	対象者 氏名		1点当 り単価	円
傷病名		診療開始日	令和 年 月 日 令和 年 月 日		
申請期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 の 日間	療養に要した費 用(領収額)			円

診療の内訳・内容 (詳細に記入ください)		単価 (点)	金額 (円)
初診			
再診			
管理リハ			
投薬注射			
画像診断			
処置			
手術			
麻酔			
歯冠 修復 及び 欠損 補綴			
その他			
適用			
合計			

医 療 機 関 証 明 欄	上記のとおり診療を行い、その費用を領収しました。 ※医療機関発行の診療報酬明細書の添付も可
	令和 年 月 日 所在地
	名 称
	医師の氏名
	電話番号
	(印)