

添付書類：①領収書(原本)、②診療報酬明細書のコピー（傷病名記載のもの）

立替

※上記①、②に代え、別紙『領収(診療) 明細書』に医師証明を受けたものでも、ご申請いただけます。

療養費支給申請書（令和 年 月分）

本人・家族
6未・高7・高8

被保険者証 記号・番号	—	事業所名称 所在地	
療養等を受けた方	生年月日：昭和・平成・令和 年 月 日		被保険者との続柄
傷病名		発病または 負傷日	令和 年 月 日
外傷の有無 負傷の原因	●外傷の有無 ・外傷 ・外傷ではない ●負傷した場所 ・職場 ・路上 ・自宅 ・その他（ ） ●業務区分 ・業務中 ・業務休憩中 ・通退勤途中 ・私用中 ●何をしているとき（ ） ●負傷に至った状況（ ）		
療養等を受けた 医療機関等	名称		
	所在地		
	電話	— —	医師氏名
診療等の期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日（ 日間）		
診療等の内容		第三者行為に よるものですか	はい ・ いいえ
保険診療を受けられ なかった理由	療養を受けた方の資格取得日または、扶養認定日：令和 年 月 日		
振込先口座 (被保険者名義のもの)	銀行・金庫 支店 農協・信組 出張所 普通 フリガナ 当座 口座番号 口座名義人		
上記のとおり申請します。 カルビー健康保険組合理事長様 令和 年 月 日 〒 - 住所 被保険者 氏名 (印) TEL - -			

※負傷の原因が第三者行為によるもの場合は、別途届出が必要となります。

カルビー健康保険組合

被保険者以外の方が受領する場合のみ、下記委任状をご記入ください。

委任状	本請求の給付金に関する受療を、下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 (印)
	〒 - 住所 受取代理人 氏名 (印) TEL - -

領収（診療）明細書

患者名		傷病名	
診療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)		
入院外		入院	
初診	時間外・休日・深夜 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	初診	時間外・休日・深夜 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
再診	再診 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	投薬	内服 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	外来管理加算 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		頓服 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	時間外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		外用 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	休日・深夜 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		処方 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
往診	普通・難路 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	注射	麻毒 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	夜間・暴風雨雪 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		調基 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	同家屋 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		皮下筋肉内 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
指導			静脈内 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
在宅	往診 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	処置及び手術	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	夜間 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	深夜・緊急 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	在宅患者訪問診療 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		麻酔 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	その他 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		薬剤 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
投薬	内服 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	検査	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	頓服 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	外用 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	処方 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	麻毒 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
注射	調基 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	画像診断	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	皮下筋肉内 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	静脈内 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
検査	その他 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
画像診断	処置及び手術	入院	入院年月日 令和 年 月 日
			入院料 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			入院時 医学管理料 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
その他	食事	食事	特定入院料 其他 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			基準 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			円× 日間
			円× 日間
合計	円	合計	円× 日間
			円× 日間

上記のとおり領収（診療）いたしました。

令和 年 月 日 名称

医療機関等 所在地

医師氏名 (印)

※投薬・注射等は、薬名・濃度・使用量を、処置・検査等は、種類を詳細に記入してください。