

記入例

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

内を記入してください。

●一ヶ月ごと、医療機関別、入院・外来別に、1枚ずつ記入してください。

※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1年7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	<ul style="list-style-type: none"> ●外傷の有無 <input checked="" type="radio"/> 外傷 <input type="radio"/> 外傷ではない ●負傷した場所 <input type="radio"/> 職場 <input type="radio"/> 路上 <input checked="" type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> その他（ ） ●業務区分 <input type="radio"/> 業務中 <input type="radio"/> 業務休憩中 <input type="radio"/> 通退勤途中 <input checked="" type="radio"/> 私用中 ●何をしているとき（ <input checked="" type="radio"/> 自宅の階段を清掃中 ） ●負傷に至った状況（ <input checked="" type="radio"/> 足を踏み外し、転倒 ） 					
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1年7月2日 ~ 令和1年7月8日（うち3日間）					
診療等の内容				第三者行為に よるものですか	はい・ <input checked="" type="radio"/> いいえ	
保険診療を受けられ なかった理由	<p style="text-align: center;">加入手続き中</p> 療養を受けた方の資格取得日または、扶養認定日：令和1年7月1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 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	Ⓜ
	〒 — — 住所 受取代理人 氏名 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		回		初診	時間外・休日・深夜		回			
再診	再診	×	回		投薬	内服	×	回			
	外来管理加算	×	回			頓服	×	回			
	時間外	×	回			外用	×	回			
	休日・深夜	×	回			処方	×	回			
往診	普通・難路	×	回		麻毒	×	回				
	夜間・急病等	×	回			調基	×	回			
指導											
在宅	往診										
	夜間・急病等 深夜 在宅 その他 薬剤										
投薬	内服	×	回		検査	薬剤	×	回			
	頓服	×	回				×	回			
	外用	×	回				×	回			
	処方	×	回				×	回			
	麻毒	×	回				×	回			
	調基	×	回								
注射	皮下筋肉内	×	回		画像診断		×	回			
	静脈内	×	回			×	回				
	その他	×	回		その他		×	回			
検査		×	回		入院	入院年月日	令和 年 月 日				
		×	回			入院料	×	回			
		×	回				×	回			
画像診断		×	回			入院時 医学管理料	×	回			
		×	回				×	回			
処置及び 手術		×	回			特定入院料 その他					
	麻酔	×	回		基準						
その他	処方箋	×	回		食事	円×	日間				
	薬剤	×	回			円×	日間				
合計				円		円×	日間				
						円×	日間				

医療機関証明用

●診療報酬明細書のコピー（傷病名記載のもの）がない場合のみ、こちらの用紙に医療機関の証明を受けてください。

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。