

健康 保 記 入 欄	資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日
	転入日	昭和 平成 令和	年	月	日
	喪失日	令和	年	月	日
	被扶養者認定日	昭和 平成 令和	年	月	日

常務理事	部長	課長	係長
		担当	担当

健康保険 被保険者 療養費支給申請書
被扶養者 (立替払等用)

大阪府信用金庫健康保険組合 理事長 殿

提出日 令和 年 月 日

申請書はもれなくご記入下さい。記入漏れ・不備等で請求書を返戻する事があります。	被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	保険証の記号・番号 (右づめ)		被保険者氏名		(フリガナ)					
				本申請書の療養に要した費用に関して療養費の支給を申請し、給付金の受領を事業主に委任します (自署)							
		被保険者の生年月日		年齢	被保険者の住所						
		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日		歳	〒 -						
		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日			日中の連絡先 ()						
		療養が被扶養者に関するときは、その方の	(フリガナ)	生年月日	年齢	被保険者との続柄					
			氏名	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	歳						
				<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日							
				<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日							
		傷病名		発症又は負傷年月日 (療養開始日)		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 () 時頃					
発症・負傷の原因及び経過		発症又は負傷年月日 (療養開始日)		<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		第三者行為によるものですか					
				<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい					
診療を受けた	病院等の名称	診療に要した						病院等での診療費用の額			
	所在地							円			
	調剤薬局等の名称							調剤薬局等での調剤費用の額			
	所在地							円			
診療の期間 (支給期間)		自 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	日数	入院外入院の別		備考					
		至 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	日	<input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 入院							
診療の内容		療養の給付を受けることが出来なかった (立替払となった) 理由。									

健 保 記 入 欄	療養費の別	1. 立替払等	療養の原因			
		2. 生血	輸血回数	回		
	支 給 算 出 額	給付の割合		計 算		決定額
		1. 未就学児	8 割			円
2. 7歳~69歳		7 割				
3. 70歳~74歳	7割・8割・9割					

※ 添付資料 ◎ 立替払等 ... ①領収書 (原本)

②医療機関等発行の診療報酬明細書 (レセプト)

※裏面の診療・調剤(領収) 明細書に診療内容、点数、金額等を医療機関等に記入・証明してもらい提出も可

※領収書のみは不可。病名記載のない診療明細書は不可。

◎ 生 血 ... ①輸血を必要とする医師の意見書 (原本)

②血液代金の領収書 (原本)

受付印

診療（領収）明細書

※ こちらに記入する代わりにレセプトを添付して頂いても構いません。

傷病名	(1)	開始日	(1)	日	実日数	日	区別	入院・入院外	
	(2)		(2)	日					
	(3)		(3)	日					
初診	時間外・休日・深夜	×	回	点	皮下筋肉内	回	点		
再診	再診	×	回	点	注射	回	点		
	外来管理加算	×	回		静脈内	回			
	時間外	×	回		その他				
	休日	×	回		処置	回		点	
	深夜	×	回		薬剤				
指導				手術・麻酔	回	点			
在宅	往診		回	点	検査	回	点		
	夜間		回		検査				
	深夜・緊急		回		画像	回		点	
	在宅患者訪問診療		回		薬剤				
投薬	その他			点	その他	回	点		
	内服薬剤		単		入院	処方せん			
	内服調剤	×	回			その他平成			
	外用薬剤		単			薬剤			
	外用調剤	×	回			入院年月日		年 月 日	
	処方	×	回			入院料		×	日
	麻毒		回			入院時医学管理料		×	日
調基		回	特入・その他			点			
				食事	円	日	点		
				合計	1点単価		円		
摘要				（※ 薬名・用量などの明細）					
				明細のとおり診療し、領収しました。					
				医療機関名					
				年 月 日					
				印					

医療機関記入欄

訂正箇所には必ず訂正印を押してください

調剤薬局記入欄

調剤（領収）明細書

※ こちらに記入する代わりにレセプトを添付して頂いても構いません。

医療機関	保険医	受付回数	回
処方月日	調剤月日	処方	単位薬剤料点
		医薬品名・規格・用量・剤型・用法	調剤数量
		調剤診療報酬点数	
		調剤料	薬剤料
		加算料	
保険	基本料	指導料	合計
点	点	点	1点単価
		円	
備考		明細のとおり調剤し、領収しました。	
		調剤薬局名	
		年 月 日	
		印	