

# 療養費支給決定伺

|        |    |          |   |   |      |    |    |      |     |    |   |    |
|--------|----|----------|---|---|------|----|----|------|-----|----|---|----|
| 支給額    | 百  | 拾        | 万 | 千 | 百    | 拾  | 円  | 常務理事 | 事務長 | 係長 | 係 |    |
|        |    |          |   |   |      |    |    |      |     |    |   |    |
| 資格     | 取得 | 昭和・平成・令和 |   |   | 年    | 月  | 日  | 支給期間 | 令和  |    |   | 年間 |
|        | 喪失 | 令和       |   |   | 年    | 月  | 日  |      | 令和  |    |   | 年間 |
| 種別     | 請求 | 査定       |   |   | 種別   | 請求 | 査定 |      |     |    |   |    |
| 初診     |    |          |   |   | 入院   |    |    |      |     |    |   |    |
| 再診     |    |          |   |   |      |    |    |      |     |    |   |    |
| 往診     |    |          |   |   |      |    |    |      |     |    |   |    |
| 投薬     |    |          |   |   |      |    |    |      |     |    |   |    |
| 注射     |    |          |   |   | 計    |    |    |      |     |    |   |    |
| 検査     |    |          |   |   | 一部負担 |    |    |      |     |    |   |    |
| 処置及び手術 |    |          |   |   | 支給額  |    |    |      |     |    |   |    |

## 健康保険被保険者療養費支給申請書

|  |                                |  |               |   |                      |                   |                     |    |   |   |    |  |
|--|--------------------------------|--|---------------|---|----------------------|-------------------|---------------------|----|---|---|----|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | ① 被保険者証の<br>記号番号               | -  |               |   | ② フリガナ<br>被保険者<br>氏名 |                   |                     |    |   |   |    |  |
|  | ③ 被保険者の<br>現住所                 | 〒 -  |               |   |                      |                   |                     |    |   |   |    |  |
|  | ④ 事業所の名称                       |  |               |   |                      |                   |                     |    |   |   |    |  |
|  | ⑤ 傷病名                          |  |               |   |                      | ⑥ 発病または<br>負傷の年月日 | 平成                  | 年  | 月 | 日 | 令和 |  |
|  | ⑦ 発病または<br>負傷の原因               |  |               |   |                      |                   |                     |    |   |   |    |  |
|  | ⑧ 傷病の経過                        |  |               |   |                      |                   |                     |    |   |   |    |  |
|  | ⑨ 診察を受けた<br>医師・歯科医師<br>の住所氏名   |  |               |   |                      |                   |                     |    |   |   |    |  |
|  | ⑩ 診療または<br>手当の内容               |  |               |   |                      |                   |                     |    |   |   |    |  |
|  | ⑪ 診療または<br>手当の期間               | 令和   | 年             | 月 | 日                    | 日間                | ⑫ 診療または手当<br>に要した費用 |    | 円 |   |    |  |
|  | ⑬ 療養の給付を<br>受けることが<br>できなかった理由 |  |               |   |                      |                   |                     |    |   |   |    |  |
|  | ⑭ 傷病が第三者<br>の行為による<br>ときはその旨   | 第三者の行為で<br>ある・ない   | 第三者の<br>住所・氏名 |   |                      |                   |                     |    |   |   |    |  |
|  | ⑮ その療養が被扶<br>養者であるとき           | 氏名   |               |   |                      | 生年月日              | 昭和<br>平成<br>令和      | 年  | 月 | 日 | 続柄 |  |
|  | ⑯ 振込希望口座                       | <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。<br>(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は以下の欄に <b>被保険者名義口座</b> を記入してください) |               |   |                      |                   |                     |    |   |   |    |  |
|  |                                | 金融機関名  | 銀行・農協         |   |                      | 本店                | 口座番号                | 当座 |   |   |    |  |
|  |                                |  | 信用金庫          |   |                      | 支店                |                     | 普通 |   |   |    |  |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

岐阜県自動車販売健康保険組合理事長 殿

# 診 療 明 細 書

|               |           |    |             |                     |   |     |           |    |    |  |  |
|---------------|-----------|----|-------------|---------------------|---|-----|-----------|----|----|--|--|
| 患者氏名          |           |    |             |                     |   | 傷病名 |           |    |    |  |  |
| 診療期間          |           | 令和 | 年           | 月                   | 日 | 日間  | 診療<br>実日数 | 日  |    |  |  |
|               |           | 令和 | 年           | 月                   | 日 |     |           |    |    |  |  |
| 診療内容          |           |    |             | 薬剤名・使用量等詳しく記入してください |   |     |           | 単価 | 金額 |  |  |
| 初診            | 時間外・深夜    |    |             |                     |   |     |           |    |    |  |  |
| 再診            | 時間内       |    | 回           |                     |   |     |           |    |    |  |  |
|               | 時間外       |    | 回           |                     |   |     |           |    |    |  |  |
|               | 深夜        |    | 回           |                     |   |     |           |    |    |  |  |
| 往診            | 普通・難路     | km | 回           |                     |   |     |           |    |    |  |  |
|               | 夜間・暴風雨雪   | km | 回           |                     |   |     |           |    |    |  |  |
|               | 同一家屋      | km | 回           |                     |   |     |           |    |    |  |  |
| 投薬            | 内服        | 一剤 | 日分          |                     |   |     |           |    |    |  |  |
|               |           | 二剤 | 日分          |                     |   |     |           |    |    |  |  |
|               | 頓服        |    | 回           |                     |   |     |           |    |    |  |  |
|               | 外用<br>薬剤  |    | 回<br>回      |                     |   |     |           |    |    |  |  |
| 注射            | 皮下筋肉内     |    | 回           |                     |   |     |           |    |    |  |  |
|               |           |    | 回           |                     |   |     |           |    |    |  |  |
|               | 静脈        |    | 回<br>回      |                     |   |     |           |    |    |  |  |
| 検査            | (検査名)     |    |             |                     |   |     |           |    |    |  |  |
| レントゲン         | 透視<br>造影剤 |    | 回<br>回<br>回 |                     |   |     |           |    |    |  |  |
| 処置及び手術        | (手術名)     |    |             |                     |   |     |           |    |    |  |  |
|               | (手術時間)    |    |             |                     |   |     |           |    |    |  |  |
|               | 材料        |    | 回           |                     |   |     |           |    |    |  |  |
|               | 麻酔<br>薬剤  |    | 回<br>回      |                     |   |     |           |    |    |  |  |
| その他           |           |    |             |                     |   |     |           |    |    |  |  |
| 入院<br>給食      | 有         | 令和 | 年           | 月                   | 日 | 日間  |           |    |    |  |  |
|               |           | 令和 | 年           | 月                   | 日 |     |           |    |    |  |  |
|               | 無         | 令和 | 年           | 月                   | 日 | 日間  |           |    |    |  |  |
|               |           | 令和 | 年           | 月                   | 日 |     |           |    |    |  |  |
| 計             |           |    |             |                     |   |     |           |    |    |  |  |
| 上記のとおり診察しました。 |           |    |             |                     |   |     |           |    |    |  |  |
| 令和 年 月 日      |           |    |             |                     |   |     |           |    |    |  |  |
| 医師 住所<br>氏名   |           |    |             |                     |   |     |           |    |    |  |  |
| 電話番号 ( ) -    |           |    |             |                     |   |     |           |    |    |  |  |

- 注) 1. コルセット、ギプス等に関する申請のときは「装着を治療上必要と認めた医師の証明書」及び「実費についての領収書及び内訳」を添付してください。また、靴型・足底装具申請のときは、当該装具の写真（患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの）を添付してください。
2. 小児弱視等の治療用眼鏡に関する申請のときは「医師の作成指示書及び検査結果」及び「領収書」を添付してください。
3. 緊急その他やむを得ず診療を受け自費で支払ったときは「診療報酬明細書」及び「領収証」を添付してください。
4. 輸血に関する申請のときは「輸血を必要と認めた医師の証明書」及び「血液代金の領収書」を添付してください。