

領 収（診療）明 細 書

|                           |          |           |    |      |          |             |          |    |
|---------------------------|----------|-----------|----|------|----------|-------------|----------|----|
| 患者氏名                      |          | 傷病名       |    | 診療期間 | 自 至      | 年 月 日       | 診療日数     | 日  |
| 再診                        | 初診       | 時間外・休日・深夜 | 回  | 点    | 検病       | 回           |          |    |
|                           | 再診       | ×         | 回  |      | 査理       | 薬 剤         |          |    |
|                           | 外来管理     | ×         | 回  |      | 画診<br>像断 | 回           |          |    |
|                           | 時間外      | ×         | 回  |      |          | 薬 剤         |          |    |
| 在宅                        | 休日       | ×         | 回  |      | その他      | 回           |          |    |
|                           | 深夜       | ×         | 回  |      |          | 処方せん        |          |    |
|                           | 緊急       | ×         | 回  |      |          | 薬 剤         |          |    |
|                           | 在宅患者訪問診療 | ×         | 回  |      |          | 入院年月日 年 月 日 |          |    |
| 投薬                        | その他      |           |    |      | 入院       | 病 診         | 入院基本料・加算 | 点  |
|                           | 薬        |           |    |      |          |             |          |    |
|                           | 内服       | ×         | 単位 |      |          |             | ×        | 日間 |
|                           | 外用       | ×         | 単位 |      |          |             | ×        | 日間 |
| 注射                        | 処方       | ×         | 回  |      | 院        | 特定入院料・その他   |          |    |
|                           | 麻調       | ×         | 回  |      |          |             | ×        | 日間 |
|                           | 筋内       |           | 回  |      |          |             |          |    |
|                           | 静脈       |           | 回  |      |          |             |          |    |
| 処置                        | 皮下       |           | 回  |      | 食事・生活    | 基準          | 円×       | 回  |
|                           | 薬        |           |    |      |          | 特別          | 円×       | 回  |
| 手麻酔                       | 薬        |           | 回  |      | 合計       | 食堂          | 円×       | 日  |
|                           | 薬        |           |    |      |          | 環境          | 円×       | 日  |
| 上記のとおり領収(診療)いたしました。 年 月 日 |          |           |    |      |          |             |          |    |
| 医療機関の名称                   |          |           |    |      |          |             |          |    |
| 医療機関の所在地 〒                |          |           |    |      |          |             |          |    |
| 医師の氏名 ㊟                   |          |           |    |      |          |             |          |    |

|            |                     |                    |
|------------|---------------------|--------------------|
| 委任状        | 私は、                 | を代理人と定め、次の権限を委任する。 |
|            | 年 月 日請求した被保険者療養費のうち |                    |
|            | 金 円也の受領に関すること。      | 年 月 日              |
|            | 被保険者の住所 〒           | ㊟                  |
| 振込希望の金融機関名 | 代理人の住所 〒            | ㊟                  |
|            | 氏名                  |                    |
|            | 委任者と代理人との関係         |                    |
|            | 銀行・金庫・信組            | 店・本店<br>支店・出張所     |
| 普通口座番号     |                     | フリガナ<br>口座名義       |

|        |                       |
|--------|-----------------------|
| 領収書    | 金 円也但し                |
|        | うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 |
|        | 健康保険組合理事長 殿           |
|        | 受領者住所 〒               |
| 氏名 ㊟ ※ |                       |

|       |       |
|-------|-------|
| 受付年月日 | 年 月 日 |
| 伺年月日  | 年 月 日 |
| 決裁年月日 | 年 月 日 |
| 支給額   | 円     |

|      |     |       |    |
|------|-----|-------|----|
| 支給期間 | 自 至 | 年 月 日 | 日間 |
|------|-----|-------|----|

|         |       |  |  |
|---------|-------|--|--|
| 支給支払決議書 |       |  |  |
|         |       |  |  |
|         |       |  |  |
| 資格取得    | 年 月 日 |  |  |
| 資格喪失    | 年 月 日 |  |  |
| 支払年月日   | 年 月 日 |  |  |

被保険者療養費支給申請書 (第 回目)

|                                                |            |                       |               |              |
|------------------------------------------------|------------|-----------------------|---------------|--------------|
| 被保険者証の記号・番号                                    | 第 号        | 被保険者が勤務する(していた)事業所の名称 | 〒             | 電話           |
| 傷病名                                            |            |                       | 発病又は負傷の年月日    | 年 月 日        |
| 発病又は負傷の原因                                      |            |                       |               |              |
| 傷病の経過                                          |            |                       |               |              |
| 診療を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名                       | 名称         | 所在地                   | 〒             |              |
|                                                | 氏名         | 及び電話番号                |               |              |
| 診療の内容                                          |            |                       | 診療に要した費用の額    | 円            |
| 診療の期間                                          | 自 至        | 年 月 日 日間              | 入院の場合、左記の入院期間 | 自 至 年 月 日 日間 |
| 療養が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生労働大臣が定める療養を含むときはその旨 |            |                       |               |              |
| 療養の給付を受けることができなかった理由                           |            |                       |               |              |
| 第三者の行為による負傷であるとき                               | その事実と届出の有無 | 加害者の氏名                | 〒             |              |
|                                                |            | 加害者の住所                |               |              |
| 被扶養者に関する申請のとき                                  | 氏 名        | 生年月日                  | 昭平 年 月 日      | 被保険者との続柄     |
| 振込希望の金融機関名                                     | 銀行 金庫 信組   |                       | 店・本店 支店・出張所   |              |
|                                                | 普通口座番号     | フリガナ 口座名義             |               |              |
| 上記のとおり申請します。 年 月 日                             |            |                       |               |              |
| 住所 〒                                           |            |                       |               |              |
| 被保険者の氏名 ㊟ ※                                    |            |                       |               |              |
| 健康保険組合理事長 殿                                    |            |                       |               |              |

(注意事項) 輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付してください。

3.2.1. (注意事項) すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して、「診療明細書」としてください。 歯科診療の場合は、別に領収(診療)明細書を作成してください。 輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「治療のため必要と認める旨の証明書」を交付してください。 この場合、左の領収(診療)明細書の記入は必要ありません。

※被保険者本人が署名した場合は、押印不要です。