

被保険者・被扶養者 療養費支給申請書（その1）

常務理事	事務長	課長	担当者

健保決定欄	項目	コード	支給金額	該当時のみ	支給決定年月日
	療養費	20	円	・6歳未満	令和 年 月 日
	第二家族療養費	20	円	・高齢9割 ・高齢8割	備考
	一部負担還元金	73	円	・はり灸 ・指圧	
	家族療養付加金	74	円	・あんま ・マッサージ	
	高額療養費	53	円	・海外療養費	
	合算高額療養費	75	円	・標準報酬月額 千円	
支給額計		円			

被保険者欄	被保険者証の 記号-番号	-	この申請は、外傷 によるものですか？	はい いいえ	「はい」の場合、「負傷原因報告書」 を添付ください。
	氏名		この申請は、第三者 行為によるものですか？	はい いいえ	「はい」の場合、「負傷原因報告書」 と「第三者の行為による傷病届」を添 付ください。
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 年 月 日	この申請は、業務上 の理由によるもので すか？	はい いいえ	「はい」の場合、「負傷原因報告書」 を添付ください。
	S K 健康保険組合 理事長 殿 下記のとおり申請します。 令和 年 月 日提出 申請者 氏名				
被保険者証の記号・番号を記入しない場合、被保険者のマイナンバーを記入し、 個人番号確認、本人確認をするための下注の添付書類をつけて提出ください。					- -

申請対象者欄	申請者の 氏名	被保険者 との続柄	長男等具体的に記入	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 年 月 日
	傷病名	発病又は負傷の原因	発病又は負傷年月日	平成・令和	年 月 日 ・ 不詳
	下記理由 1. 2. 3. 6の 診療期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 迄の 日間	療養に要した 費用(領収額)	円
	療養の 給付を 受ける ことが 出来な かった 理由	1. やむを得ない理由により被保険者証を提示せずに受診。 ※（その2）添付 2. 被保険者証の交付手続き中のとき。 ※（その2）添付 3. はり、灸、あんま、マッサージ、指圧を受けたとき。 ※（その3）添付 4. 装具、コルセット等の治療材料を必要とするとき。 ※靴型装具は完成品の全方向の写真を添付 5. 輸血のため、生血代を支払ったとき。 6. 海外において診療を受けたとき。（治療目的の海外渡航を除く） ※様式A～D添付 7. その他（ ）			
	医療機関 等名称	医療機関 等 所在地 電話番号	〒	-	-
	医師の 氏名			電話番号	-

受領委任欄	この給付金の受領を下記の者に委任します。 (事業所) 事業所の受領 責任者 (氏名)	受領委任 年月日	令和 年 月 日
		受領委任 者氏名	

【
注意
事項
】

- 記入は消えないボールペンで、日付は和暦、選択欄は該当数字を○で囲んでください。
- 訂正は二重線で抹消し、訂正者氏名を自署ください。（修正テープ使用不可）
- マイナンバーで届出の場合「マイナンバーカードの両面の写し」もしくは「マイナンバーを記載した公的書類の写しと官公署が発行する写真付き身分証の写し」のどちらかを添付してください。
- この申請書に添付する領収証と医師の証明は原本を提出してください。
- 怪我、第三者行為、業務上の理由による申請は、必ず負傷原因報告書をご提出ください。
- はり、灸、あんま、マッサージ、指圧に使用の場合は、医師の同意を受けた傷病名を記入してください。

療養費支給申請書 (その2)

医科外来 診療報酬明細書

被保険者証の 記号-番号	-	対象者 氏名		1点当 たり単価	円
傷病名				診療開始日	令和 年 月 日 令和 年 月 日
申請期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 の	日間	療養に要した費 用(領収額)	円

診療の内訳		診療内容 (詳細に記入ください)		単価 (点)	金額 (円)
初診	時間外・休日・深夜	回			
再診	再診	× 回			
	外来管理加算	× 回			
	時間外	× 回			
	休日	× 回			
	深夜	× 回			
医学管理					
在宅	往診	回			
	夜間	回			
	深夜・救急	回			
	在宅患者訪問診療	回			
	その他				
投薬	内服・薬剤	単位 調剤 回			
	頓服・薬剤	単位 調剤 回			
	外用・薬剤	単位 調剤 回			
	処方	回			
	調基	回			
注射	皮下筋肉内	回			
	静脈内	回			
	その他	回			
処置		回			
	薬剤	回			
手術麻酔		回			
	薬剤	回			
検査		回			
	薬剤	回			
画像診断		回			
	薬剤	回			
その他	処方せん	回			
	薬剤	回			
合計					

医療機関 証明欄	上記のとおり診療を行い、その費用を領収しました。 ※医療機関発行の診療報酬明細書の添付も可
	令和 年 月 日 所在地
	名称
	医師の氏名
	電話番号

印

療養費支給申請書 (その2)

医科歯科入院 診療報酬明細書

被保険者証の 記号-番号	-	対象者 氏名		1点当 たり単価	円
傷病名			診療開始日	令和 年 月 日 令和 年 月 日	
申請期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 の 日間		療養に要した費 用(領収額)		円

診療の内訳		診療内容 (詳細に記入ください)		単価 (点)	金額 (円)
初診	時間外・休日・深夜	回			
医学管理					
在宅					
投薬	内服・薬剤	単位 調剤	回		
	頓服・薬剤	単位 調剤	回		
	外用・薬剤	単位 調剤	回		
	処方 調基		回		
注射	皮下筋肉内		回		
	静脈内		回		
	その他		回		
処置			回		
	薬剤		回		
手術麻酔			回		
	薬剤		回		
検査			回		
	薬剤		回		
画像診断			回		
	薬剤		回		
その他	処方せん		回		
	薬剤		回		
入院	入院年月日		年 月 日		
	病	診	入院基本料・加算	点 日間 日間 日間	
			特定入院・その他		
合計					

医療機関 証明欄	上記のとおり診療を行い、その費用を領収しました。 ※医療機関発行の診療報酬明細書の添付も可				
	令和 年 月 日	所在地			
		名称			
		医師の氏名			
	電話番号				



療養費支給申請書（その2）

歯科外来 診療報酬明細書

被保険者証の 記号-番号	-	対象者 氏名		1点当 り単価	円
傷病名			診療開始日	令和 年 月 日 令和 年 月 日	
申請期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 の 日間	療養に要した費 用(領収額)	円		

診療の内訳・内容（詳細に記入ください）		単価（点）	金額（円）
初診			
再診			
管理リハ			
投薬注射			
画像診断			
処置			
手術			
麻酔			
歯冠 修復 及び 欠損 補綴			
その他			
適用			
合計			

医療 機 関 証 明 欄	上記のとおり診療を行い、その費用を領収しました。 ※医療機関発行の診療報酬明細書の添付も可
	令和 年 月 日 所在地
	名 称
	医師の氏名
	電話番号

療養費支給申請書（その3）

はり・灸・あんま・マッサージ用

被保険者証の 記号-番号	-		対象者 氏名													請求区分	・新規・継続・転帰 ・治癒・中止・転医				
傷病名	・神経痛 ・リウマチ ・頸腕症候群 ・五十肩 ・腰痛症 ・頸椎捻挫後遺症 ・その他（ ）			診療 開始日	令和 年 月 日												療養に要 した費用 (領収額)	円			
施術月日 通院 ○ 往療 ◎	令 和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	の	日間

施術内容		
マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円× 回= 円
	右 上肢	円× 回= 円
	左 上肢	円× 回= 円
	右 下肢	円× 回= 円
	左 下肢	円× 回= 円
変形徒手矯正術	肢×	円× 回= 円
温罨法		円× 回= 円
温罨法・ 電気光線器具		円× 回= 円
合計		円
初検料	・はり・きゅう・はり、きゅう併用	円
施術料	はり	円× 回= 円
	きゅう	円× 回= 円
	はり、きゅう併用	円× 回= 円
	電療料	・電気針・電気温灸器・電気光線器具 円× 回= 円
往診料	・4kmまで ・4km超え	円× 回= 円
施術報告書交付料	前回支給： 年 月分	円× 回= 円
合計		円

施術明欄	保健所登録区分	・施術所所在地 ・出張専門施術者住所地	上記のとおり施術を行いました。 令和 年 月 日
	免許登録区分	・はり師免許 ・きゅう師免許 ・あん摩マッサージ指圧師	所在地 名称 施術管理者名
	免許登録番号		電話番号

- 【記入方法】
- 申請書は暦月を単位として作成してください。
 - 太枠内の「施術内容欄」「施術証明欄」は、施術管理者に記入を依頼してください。
 - 該当する場合は下記の書類を添付してください。
医師の同意書（原本） 施術報告書（写し） 往療状況確認表
1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

