

★申請書類一覧★ ～全額自己負担したとき～

■診療報酬明細書の入手方法■

該当の医療機関等に「全額自己負担した医療費を保険請求するので、その際のレセプトを下さい」と申し出、入手する。

ケース	事由	申請に必要な書類(必須)
1	やむをえず保険医以外の医療機関で受診したときや保険者証等を提出できなかった(全額を自費で支払った)。	①療養費支給申請書(様式添付あり) ②診療報酬明細書(レセプト)あるいは領収(診療)明細書 ※薬が処方されている場合、調剤報酬明細書も必要 ③医療機関が発行した領収書(原本)
2	以前加入していた健康保険の被保険者証等を使用してしまった。	①療養費支給申請書(様式添付あり) ※受診者ごとに申請書を1枚作成 ②診療報酬明細書(レセプト) ※開封厳禁の封筒そのまま(開封しないこと) ③返還金を支払った際の領収書(原本)
3	医師が必要と認めた補装具(コルセット等)を購入した。	①療養費支給申請書(様式添付あり) ②医師の診断書または意見書(原本) ③装具購入時の領収書(原本) ※領収書に内訳の記載がない場合、明細書や見積書を添付 ※医師の診断書と領収書の発行日は、同日または診断書が先の日付 ④購入した装具の写真 ⑤同意書・・・(様式添付あり)
4	小児(9歳未満)の弱視等の治療用眼鏡及びコンタクトレンズを購入した。 (弱視等:斜視及び先天白内障術後の屈折矯正を含む)	①療養費支給申請書(様式添付あり) ②医師の治療用眼鏡作成指示書の写し ※検査結果も明記されていること ③眼鏡購入時の領収書(原本)
5	医師の指示に基づき弾性着衣を購入した。 (弾性着衣:ストッキング・スリーブ・グローブ等)	①療養費支給申請書(様式添付あり) ②医師の弾性着衣等の装着指示書(原本) ※装着部位、手術日等が明記されていること ③弾性着衣等購入時の領収書(原本)
6	医師の同意・指示により、はり・灸、あん摩・マッサージなどの施術を受けた。	①療養費支給申請書(様式添付あり) ②整形外科医師等の同意書(原本) ③はり灸、あんま施術所の領収書(原本) ④はり灸、あんま施術所の療養費支給申請書(原本)
7	海外で医療を受けた。	①療養費支給申請書(様式添付あり) ②現地でお支払した際の領収書(原本) ③海外用「診療内容明細書」・・・(様式添付あり) ④海外用「領収明細書」・・・(様式添付あり) ※歯科診療の場合は③ではなく以下(⑤)を使用の事。 ⑤海外用「歯科診療内容明細書」・・・(様式添付あり) ⑥上記③～⑤の日本語翻訳 ⑦パスポートの写し(出入国が確認できる面、顔写真の面) ⑧調査に関わる同意書(海外療養費)・・・(様式添付あり)
8	輸血時の生血代	①療養費支給申請書(様式添付あり) ②医師の輸血証明書(原本) ③医療機関が発行した領収書(原本)

1人の受診者が複数の医療機関(薬局含む)で受診した際の申請であっても、申請書は1枚です。
ただし、受診者が複数いる場合は、人数分の申請書を

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	(1) 被保険者証の 記号・番号			(2) 被保険者が勤務する (していた)部署、	名称		
	(3) 被保険者名			(4) 生年月日	明・大 昭・平	年	月 日
	(5) 被扶養者に関	被扶養者 氏名			(6) 生年月日	明・大	年 月 日
	(7) 被保険者 との続柄						
	(8) 傷病名			(9) 発病又は負傷	年 月 日		
	(10) 発病又は						
	(11) 傷病の経過						
	(12) 診療又は手当 を受けた医療 機関の名称・ 所在地及び	名称			(13) 所在地及び	〒	
		氏名				TEL ()	
	(14) 診療又は 手当の内容			入院期間	自	年	月 日
			至	年	月 日		
(15) 診療又は手当 を受けた期間	自	年	月 日	日間	(16) 診療又は手 当に要した	金 円也	
	至	年	月 日				
(17) 療養の給付 を受ける ことがで きなかつ た理由	1. 保険証を持っていなかったため 2. 以前加入していた健康保険の保険者証等を使用してしまったため 3. 補装具は保険契約がないため 4. 補装具(弱視用眼鏡)は保険契約がないため 5. 補装具(弾性ストッキング)は保険契約がないため 6. はり・灸(あん摩・マッサージ)の施術は保険契約がないため 7. 海外(赴任中・旅行中・帰省中)に、海外の病院で受診したため 8. その他《 》						
(18) 第三者の行為 による負傷で	その事実 と届出の 有 無			加害者の氏名			
				加害者の住所			
(19) 報酬振込口座	銀行		支店	(普通 No. 当座)	預金 名義人		
(20) うえのとおり申請します。 年 月 日					TEL ()		
	〒		住所				
	被保険者の		氏名				
	氏名						
	太陽生命健康保険組合理事長 殿				(印)		

受付日付印

記入例【ケース1】

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(やむをえず保険医以外の医療機関で受診したときや保険者証等を提出できなかった場合)

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(第 1 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	(1) 被保険者証の記号・番号	0000 1111	(2) 被保険者が勤務する(していた)部署、支社	名称 所在地	太陽生命〇×支社 東京都城北區城北1-2-3	
	(3) 被保険者名	太陽花子		(4) 生年月日	明・大 32年 4月 1日	
	(5) 被扶養者に関する氏名	被扶養者名	該当せず	(6) 生年月日	明・大 年 月 日	(7) 被保険者との続柄
	(8) 傷病名	腰椎圧迫骨折		(9) 発病又は負傷	24年 4月 1日	
	(10) 発病又は					
	(11) 傷病の経過	良好				
	(12) 診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び	名称 氏名	ひまわり病院 日本 次郎	(13) 所在地及び	〒 000-0000 TEL 03 (0000) 2222	
	(14) 診療又は手当の内容	検査・レントゲン		入院期間	自 24年 4月 1日 至 24年 4月 30日	
	(15) 診療又は手当を受けた期間	自 24年 4月 1日 至 24年 4月 30日	30日間	(16) 診療又は手当に要した	金 393,660 円他	
	(17) 療養の給付を受けることができなかった理由	① 保険証を持っていなかったため ② 以前加入していた健康保険の保険者証等を使用したため ③ 補装具は保険契約がないため ④ 補装具(弱視用眼鏡)は保険契約がないため ⑤ 補装具(弾性ストッキング)は保険契約がないため ⑥ はり・灸(あん摩・マッサージ)の施術は保険契約がないため ⑦ 海外(赴任中・旅行中・帰省中)に、海外の病院で受診したため ⑧ その他《 》				
	(18) 第三者の行為による負傷で	その事実と届出の有無	該当せず	加害者の氏名		
	(19) 報酬振込口座(振込希望の銀行)	三井住友 銀行	〇× 支店	普通 No. 1234567 当座	預金 名義人	タイヨウハナコ

(16) 「診療又は手当に要した費用の額」欄は、健康保険適用の医療費(10割)の金額を記載する。不明な場合は、記載しないこと。

(19) 「振込希望の銀行」欄 報酬振込口座を記入する。(退職者は希望する振込銀行口座を記入する。)

(20) うえのとおり申請します。
24年 5月 10日

TEL 03 (0000) 1111

〒 000-0000
住所 東京都東區城東1-2-3
被保険者の 氏名 太陽花子

太陽生命健康保険組合理事長 殿

受付日付印

記入例【ケース2】

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(以前加入していた健康保険の保険者証等を使用してしまった場合)

1人の受診者が複数の医療機関(薬局含む)で受診した際の申請であっても、申請書は1枚で大丈夫です。

ただし、受診者が複数いる場合は、受診者ごとに申請書を作成して下さい。

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(第 1 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	(1) 被保険者証の記号・番号	0000 1111	(2) 被保険者が勤務する(していた)部署、支社、	名称 所在地	太陽生命〇×支社 東京都城北區城北1-2-3	
	(3) 被保険者名	太陽花子		(4) 生年月日	明・大 32年 4月 1日	
	(5) 被扶養者に関する氏名	被扶養者名	該当せず	(6) 生年月日	明・大 年 月 日	(7) 被保険者との続柄
	(8) 傷病名	腰椎圧迫骨折		(9) 発病又は負傷	24年 4月 1日	
	(10) 発病又は	休日の買い物中 道路で滑って転倒した。				
	(11) 傷病の経過	良好				
	(12) 診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び	名称 氏名	ひまわり病院 等 日本 次郎		(13) 所在地及び	〒 000-0000 TEL 03 (0000) 2222
	(14) 診療又は手当の内容	検査・レントゲン		入院期間	自 24年 4月 1日 至 24年 4月 25日	
	(15) 診療又は手当を受けた期間	自 24年 4月 1日 至 24年 4月 25日	25日間	(16) 診療又は手当に要した	金 393,660 円他	
	(17) 療養の給付を受けることができなかった理由	1. 保険証を持っていなかったため 2. 以前加入していた健康保険の保険者証等を使用したため 3. 補装具は保険契約がないため 4. 補装具(弱視用眼鏡)は保険契約がないため 5. 補装具(弾性ストッキング)は保険契約がないため 6. はり・灸(あん摩・マッサージ)の施術は保険契約がないため 7. 海外(赴任中・旅行中・帰省中)に、海外の病院で受診したため 8. その他《 》				
	(18) 第三者の行為による負傷で	その事実と届出の有無	該当せず	加害者の氏名		
	(19) 報酬振込口座(振込希望の銀行)	三井住友 銀行 〇× 支店		普通 No. 1234567 当座	預金名義人	タイヨウハナコ
	(20) うえのとおり申請します。	24年 5月 10日 〒 000-0000 住所 東京都城東区城東1-2-3 被保険者の氏名 太陽花子 太陽生命健康保険組合理事長 殿				

受付日付印

(16) 「診療又は手当に要した費用の額」欄は、健康保険適用の医療費(10割)の金額を記載する。
*領収書の金額と一致しないため、不明な場合は記載しないこと。

(19) 「振込希望の銀行」欄 報酬振込口座を記入する。(退職者は希望する振込銀行口座を記入する。)

記入例【ケース3】

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(医師が必要と認めた補装具(コルセット等)を購入した場合)

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(第 1 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	(1) 被保険者証の記号・番号	0000 1111	(2) 被保険者が勤務する(していた)部署、支社、	名称 所在地	太陽生命〇×支社 東京都城北区城北1-2-3	
	(3) 被保険者名	太陽花子		(4) 生年月日	男・大 32年 4月 1日	
	(5) 被扶養者に関	被扶養者氏名	該当せず	(6) 生年月日	明・大 年 月 日	(7) 被保険者との続柄
	(8) 傷病名	腰椎圧迫骨折		(9) 発病又は負傷	24年 4月 1日	
	(10) 発病又は	休日の買い物中 道路で滑って転倒した。				
	(11) 傷病の経過	良好				
	(12) 診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び	名称 氏名	ひまわり病院 日本 次郎	(13) 所在地及び	〒 000-0000 TEL 03 (0000) 2222	
	(14) 診療又は手当の内容	検査・レントゲン		入院期間	自 24年 4月 1日 至 24年 4月 30日	
	(15) 診療又は手当を受けた期間	自 24年 4月 1日 至 年 月 日	現在も 日間	(16) 診療又は手当に要した	金 393,660 円他	
	(17) 療養の給付を受けることができなかった理由	1. 保険証を持っていなかったため 2. 以前加入していた健康保険の保険者証等を使用してしまったため 3. 補装具は保険契約がないため 4. 補装具(弱視用眼鏡)は保険契約がないため 5. 補装具(弾性ストッキング)は保険契約がないため 6. はり・灸(あん摩・マッサージ)の施術は保険契約がないため 7. 海外(赴任中・旅行中・帰省中)に、海外の病院で受診したため 8. その他《 》				
	(18) 第三者の行為による負傷で	その事実と届出の有無	該当せず	加害者の氏名		
	(19) 報酬振込口座(振込希望の銀行)	三井住友 銀行 〇× 支店		普通 No. 1234567 当座	預金 名義人	タイヨウハナコ

(16) 「診療又は手当に要した費用の額」欄は、補装具を購入した際の領収書の金額を記載する。不明な場合は、記載しないこと。

(19) 「振込希望の銀行」欄 報酬振込口座を記入する。(退職者は希望する振込銀行口座を記入する。)

(20) うえのとおり申請します。
24年 5月 10日

〒 000-0000
住所 東京都城東区城東1-2-3
被保険者の氏名 太陽花子

太陽生命健康保険組合理事長 殿

TEL 03 (0000) 1111



受付日付印

記入例【ケース4】

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(小児(9歳未満)の弱視等の治療用眼鏡及びコンタクトレンズを購入した場合)
(弱視等:斜視及び先天性白内障術後の屈折矯正を含む)

被保険者 被扶養者		療養費支給申請書		(第 1 回目)	
(1) 被保険者証の記号・番号	0000 1111	(2) 被保険者が勤務する(していた)部署、支社、	名称 太陽生命〇×支社	所在地 東京都城北區城北1-2-3	
(3) 被保険者名	太陽花子		(4) 生年月日	明・大 32年4月1日	
(5) 被扶養者に関する氏名	被扶養者名 太陽太郎	(6) 生年月日	明・大 22年2月3日	(7) 被保険者との続柄	子
(8) 傷病名	弱視		(9) 発病又は負傷	不明 年 月 日	
(10) 発病又は	先天性				
(11) 傷病の経過	良好				
(12) 診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び	名称	ひまわり病院		(13) 所在地及び	〒 000-0000
	氏名	日本 次郎			TEL 03 (0000) 2222
(14) 診療又は手当の内容	検査を受けた		入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日	
(15) 診療又は手当を受けた期間	自 24年4月1日 現在も 日間		コルセット装着日	24年4月30日	
			(16) 診療又は手当に要した	金 36,700 円他	
(17) 療養の給付を受けなかった理由	1. 保険証を持っていなかったため 2. 以前加入していた健康保険の保険者証等を使用してしまったため 3. 補装具は保険契約がないため 4. 補装具(弱視用眼鏡)は保険契約がないため 5. 補装具(弾性ストッキング)は保険契約がないため 6. はり・灸(あん摩・マッサージ)の施術は保険契約がないため 7. 海外(赴任中・旅行中・帰省中)に、海外の病院で受診したため 8. その他《 》				
(18) 第三者の行為による負傷で	その事実と届出の有無	該当せず		加害者の氏名	
				加害者の住所	
(19) 報酬振込口座(振込希望の銀行)	三井住友 銀行 〇× 支店 (普通) No. 1234567		預金名義人	タイヨウハナコ	
(20) うえのとおり申請します。 24年5月10日 TEL 03 (0000) 1111 被保険者の住所 〒 000-0000 東京都城東区城東1-2-3 氏名 太陽花子 太陽生命健康保険組合理事長 殿					

(16) 「診療又は手当に要した費用の額」欄は、補装具を購入した際の領収書の金額を記載する。不明な場合は、記載しないこと。

(19) 「振込希望の銀行」欄 報酬振込口座を記入する。(退職者は希望する振込銀行口座を記入する。)

受付日付印

記入例【ケース5】

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(医師の指示に基づき弾性着衣を購入した場合)
(弾性着衣:ストッキング・スリーブ・グローブ等)

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(第 1 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	(1) 被保険者証の記号・番号	0000 1111	(2) 被保険者が勤務する(していた)部署、支社、	名称 所在地	太陽生命〇×支社 東京都城北区城北1-2-3	
	(3) 被保険者名	太陽花子		(4) 生年月日	男・大 32年 4月 1日	
	(5) 被扶養者に関	被扶養者氏名	該当せず	(6) 生年月日	明・大 年 月 日	(7) 被保険者との続柄
	(8) 傷病名	子宮悪性腫瘍(術後)のリンパ浮腫		(9) 発病又は負傷	24年 4月 1日	
	(10) 発病又は	不明				
	(11) 傷病の経過	良好				
	(12) 診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び	名称 氏名	ひまわり病院 日本 次郎	(13) 所在地及び	〒 000-0000 TEL 03 (0000) 2222	
	(14) 診療又は手当の内容	検査・レントゲン		入院期間	自 24年 4月 1日 至 24年 4月 30日	
	(15) 診療又は手当を受けた期間	自 24年 4月 1日 至 年 月 日	現在も 日間	(16) 診療又は手当に要した	金 28,000 円他	
	(17) 療養の給付を受けることができなかった理由	1. 保険証を持っていなかったため 2. 以前加入していた健康保険の保険者証等を使用してしまったため 3. 補装具は保険契約がないため 4. 補装具(弱視用眼鏡)は保険契約がないため 5. 補装具(弾性ストッキング)は保険契約がないため 6. はり・灸(あん摩・マッサージ)の施術は保険契約がないため 7. 海外(赴任中・旅行中・帰省中)に、海外の病院で受診したため 8. その他《 》				
(18) 第三者の行為による負傷で	その事実と届出の有無	該当せず	加害者の氏名			
(19) 報酬振込口座(振込希望の銀行)	三井住友 銀行 〇× 支店		普通 No. 1234567	預金 名義人	タイヨウハナコ	
(20) うえのとおり申請します。	24年 5月 10日 〒 000-0000 住所 東京都城東区城東1-2-3 被保険者の氏名 太陽花子 太陽生命健康保険組合理事長 殿					

(16) 「診療又は手当に要した費用の額」欄は、補装具を購入した際の領収書の金額を記載する。不明な場合は、記載しないこと。

(19) 「振込希望の銀行」欄 報酬振込口座を記入する。(退職者は希望する振込銀行口座を記入する。)

受付日付印

記入例【ケース6】

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(医師の同意・指示により、はり・灸、あん摩・マッサージなどの施術を受けた場合)

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(第 1 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	(1) 被保険者証の記号・番号	0000 1111	(2) 被保険者が勤務する(していた)部署、支社、	名称 所在地	太陽生命〇×支社 東京都城北区城北1-2-3	
	(3) 被保険者名	太陽花子		(4) 生年月日	明・大 32年 4月 1日	
	(5) 被扶養者に関	被扶養者氏名	該当せず	(6) 生年月日	明・大 年 月 日	(7) 被保険者との続柄
	(8) 傷病名	頸腕症候群		(9) 発病又は負傷	22年 4月 1日	
	(10) 発病又は	平成22年4月頃より整形外科に通院し治療を受けたが改善せず、医師にはり灸の施術を薦められた。				
	(11) 傷病の経過	良好				
	(12) 診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び	名称 氏名	太陽ひまわり鍼灸院 ひまわり 太郎	(13) 所在地及び	〒 000-0000 TEL 03 (0000) 2222	
	(14) 診療又は手当の内容	疼痛がある筋肉にはりを打ったり、低周波治療をしてもらった。		入院期間 コルセット装着日	自 年 月 日 至 年 月 日	
	(15) 診療又は手当を受けた期間	自 23年 8月 2日 至 23年 8月 18日	2日間	(16) 診療又は手当に要した	金 3,050 円他	
	(17) 療養の給付を受けることができなかった理由	1. 保険証を持っていなかったため 2. 以前加入していた健康保険の保険者証等を使用してしまったため 3. 補装具は保険契約がないため 4. 補装具(弱視用眼鏡)は保険契約がないため 5. 補装具(弾性ストッキング)は保険契約がないため 6. はり・灸(あん摩・マッサージ)の施術は保険契約がないため 7. 海外(赴任中・旅行中・帰省中)に、海外の病院で受診したため 8. その他《 》				
	(18) 第三者の行為による負傷で	その事実と届出の有無	該当せず	加害者の氏名		
(19) 報酬振込口座(振込希望の銀行)	三井住友 銀行 〇× 支店		普通 No. 1234567 当座	預金 名義人	タイヨウハナコ	
(20) うえのとおり申請します。	23年 9月 1日 〒 000-0000 住所 東京都城東区城東1-2-3 被保険者の氏名 太陽花子 太陽生命健康保険組合理事長 殿					

(10) 「発病又は負傷の原因」欄には、はり及び灸(あん摩・マッサージ)の施術所に行った理由を具体的に記載す

(16) 「診療又は手当に要した費用の額」欄は、はり灸師等の施術所で支払った際の領収書(一月分)の合計金額を記載する。不明な場合は、記載しないこと。

(19) 「振込希望の銀行」欄 報酬振込口座を記入する。(退職者は希望する振込銀行口座を記入する。)

受付日付印

記入例【ケース7】

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(海外で医療を受けた場合)

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(第 1 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	(1) 被保険者証の 記号・番号	0000 1111	(2) 被保険者が勤務する (していた)部署、支社、	名称 所在地	太陽生命保険株式会社 海外事業部 東京都港区海岸1-2-3		
	(3) 被保険者名	太陽花子		(4) 生年 月日	男・大 32年 4月 1日		
	(5) 被扶養者に関 被扶養者名	被扶養者 氏名	該当せず	(6) 生年 月日	明・大 年 月 日	(7) 被保険者 との続柄	
	(8) 傷病名	糖尿病		(9) 発病又は負傷	24年 4月 1日		
	(10) 発病又は	不明					
	(11) 傷病の経過	良好					
	(12) 診療又は手当 を受けた医療 機関の名称・ 所在地及び	名称 氏名	ABC病院 担当医師名	(13) 所在地及び	海外の病院所在地 TEL 国番号(33)0123456789		
	(14) 診療又は 手当の内容	入院して食事療法を受けた。		入院期間	自 24年 4月 1日 至 24年 4月 30日		
	(15) 診療又は手当 を受けた期間	自 24年 4月 1日 至 年 月 日	現在も 日間	(16) 診療又は手 当に要した	金 28,000 円他		
	(17) 療養の給付 を受ける ことがで きな かった 理由	1. 保険証を持っていなかったため 2. 以前加入していた健康保険の保険者証等を使用してしまったため 3. 補装具は保険契約がないため 4. 補装具(弱視用眼鏡)は保険契約がないため 5. 補装具(弾性ストッキング)は保険契約がないため 6. はり・灸(あん摩・マッサージ)の施術は保険契約がないため 7. 海外(赴任中・旅行中・帰省中)に、海外の病院で受診したため 8. その他《 》					
	(18) 第三者の行為 による負傷で	その事実 と届出の 有無	該当せず	加害者の氏名			
	(19) 報酬振込口座 (振込希望の銀行)	三井住友 銀行	〇× 支店	(普通) No. 1234567 (当座)	預金 名義人	タイヨウハナコ	
	(20) うえのとおり申請します。 24年 8月 10日	〒 000-0000 被保険者の住所 東京都城東区城東1-2-3 フガナ 太陽花子 氏名 太陽生命健康保険組合理事長 殿					

(16) 「診療又は手当に要した
費用の額」欄は、補装具
を購入した際の領収書の
金額を記載する。
不明な場合は、記載しな
いこと。

(19) 「振込希望の銀行」欄
報酬振込口座を記入する。
(退職者は希望する振込銀
行口座を記入する。)

受付日付印

領収(診療)明細書

(月 日から 月 日までの分)

患者名		傷病名	
入院外 (外 来)			
11 初 診	時間外・休日・深夜	回	点
12 再 診	再 診	×	回 点
	外来管理加算	×	回 点
	時 間 外	×	回 点
	休 日	×	回 点
	深 夜	×	回 点
13 医学管理			点
14 在 宅	往 診	回	点
	夜 間	回	点
	深 夜・緊 急	回	点
	在宅患者訪問診療	回	点
	そ の 他		点
20 投 薬	内 服 { 薬 剤	×	単 位 点
	調 剤		回 点
	屯 服 薬 剤		単 位 点
	外 用 { 薬 剤	×	単 位 点
			調 剤
処 方	×	回 点	
麻 毒 調 基		回 点	
30 注 射	皮 下 筋 肉 内	回	点
	静 脈 内	回	点
	そ の 他	回	点
40 処 置		回	点
50 手 術	手 術・麻 酔 薬 剤	回	点
60 検 査	検 査	回	点
	薬 剤	回	点
70 画 像	画 像 診 断 薬 剤	回	点
80 他	処 方 せ ん	×	回 点
	そ の 他 薬 剤		点
合 計		円	点
上記のとおり領収(診療)いたしました。 平成 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医療機関の電話番号 医 師 名 ・ 印			



(備考)

すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。

- (1) 歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書をつけてください。
 - (2) 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」をつけてください。
 - (3) コルセット・ギプス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費についての領収証書」をつけてください。
 - (4) 海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」及び「領収明細書」をつけてください。
- なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

領収(診療)明細書

(月 日から 月 日までの分)

患者名		傷病名			
入 院					
11 初 診	時間外・休日・深夜	回	点		
13 医 学 管 理			点		
14 在 宅			点		
20 投 薬	内 服	単位	点		
	屯 服	単位	点		
	外 用	単位	点		
	調 剤	日	点		
	麻 毒 基	日	点		
30 注 射	皮下 筋肉 内	回	点		
	静 脈 内	回	点		
	そ の 他	回	点		
40 処 処	処 置 剤	回	点		
50 手 手	手 術 ・ 麻 酔 剤	回	点		
60 検 検	検 査 剤	回	点		
70 画 画	画 像 診 断 剤	回	点		
80 他 他	そ の 他 剤		点		
90 入 院	入 院 年 月 日	年 月 日			
	病 診 衣	入 院 基 本 料	×	日	点
			×	日	点
			×	日	点
			×	日	点
			×	日	点
	学 院 時 医 料	入 院 時 料	×	日	点
			×	日	点
			×	日	点
	特定入院料・その他				
97 食 事 ・ 生 活	基 準 (生)	円 ×	回		
	特 別 (生)	円 ×	回		
	基 準	円 ×	回		
	特 別	円 ×	回		
	食 堂 環 境	円 ×	日		
合 計		円	点		
上記のとおり領収(診療)いたしました。 平成 年 月 日					
医療機関の所在地 医療機関の名称 医療機関の電話番号 医 師 名 ・ 印					

(備考)

- すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。
- (1) 歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書をつけてください。
 - (2) 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」をつけてください。
 - (3) コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費についての領収証書」をつけてください。
 - (4) 海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」及び「領収明細書」をつけてください。
- なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

