

※支給決議書	支給年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務局長	グループ長	担当	公費		
	支給額											
	支給内訳	法定					資格取得	昭和・平成	年	月	日	履歴
		付加					資格喪失	平成	年	月	日	
	備考											

被保険者家族療養費支給申請書 <全額自己負担用>

注意事項

※この申請書は、病院(入院・入院外別)ごと・薬局ごとにそれぞれ1枚必要で、かつ、月ごとに分けて申請して下さい。

(イ) 裏面に医療機関等より必要な証明を受けて下さい。
 (ア) ※欄は、診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当てを受けた場合は、そのように読み替えて記入して下さい。診療報酬明細書又は調剤報酬明細書の交付がされない場合は、

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の記号・番号	記号	番号	被保険者(社員)の氏名と印	生年月日	昭・平	年	月	日	⑩	
	被保険者の現住所	〒 TEL ()									
	事業所名(所属)	TEL ()									
	傷病名			発病または負傷年月日							
	発病または負傷原因										
	(※) 診療を受けた病院等の	名称				医師氏名					
		所在地									
	(※) 診療の内容					(※) 診療に要した費用の額					
	(※) 診療の期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間	入院・入院外の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	入院の場合入院期間 年 月 日から 年 月 日まで	
	療養の給付を受けることができなかった理由	<日航健保交付の保険証を病院に提示できなかった理由等を記入して下さい>									
	第三者行為によって負傷したものであるか否か	ある	ない	第三者行為によって負傷したときは	その事実の届出の有無	ある・ない					
					第三者の氏名と住所(不明のときはその旨)						
	申請が被扶養者(家族)に関するときはその者の	氏名				平成	年	月	日	提出	
	生年月日	昭・平	年	月	日 受付日付印					
	続柄										
委任状	本請求により支給される療養費等の受領に関することを下記の者に委任します										
	所在地										
	事業所名称										
	事業主名称	⑩									
	委任者氏名	⑩									

医療機関が証明する欄

領収(診療)明細書

円

組合査定

円

患者氏名				昭和 平成		年 月 日 生			
傷病名		診療期間		平成	年	月	日から		
				平成	年	月	日まで		
診療に要した費用の内訳									
診療の内訳				請求点数	※決定点数	薬名、用量等の明細			
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						
指導									
在宅	往診		回						
	夜間		回						
	深夜・緊急		回						
	在宅患者訪問診療		回						
	その他		回						
投薬	外来分	内服	薬剤 調剤	×	単位				
		屯服		×	回	単位			
		外用	薬剤 調剤	×	単位				
	処方	×		回	単位				
	入院分	内服		単位					
		屯服		単位					
外用			単位						
	調剤		日						
	麻毒		日						
	調基		日						
注射	皮下筋肉内		回						
	静脈内		回						
	その他		回						
処置	処置		回						
	薬剤		回						
手術	手術・麻酔		回						
	薬剤		回						
検査	検査		回						
	薬剤		回						
画像	検査		回						
	薬剤		回						
その他	処方箋		回						
	その他		回						
	薬剤		回						
入院	入院年月日		年	月	日	高額療養費			
	病診衣	入院料	×	日間	円×	回	公		
			×	日間	円×	回	基準(生)	円×	回
	入院時	医学管理料	×	日間	円×	回	特別(生)	円×	回
			×	日間	円×	回	環境	円×	回
			×	日間	円×	回			
特定入院料・その他									
合計				点	点				

入院診療がある場合は、入院分と入院外と別業に記入してください。

上記のとおり領収しました

平成 年 月 日

※決定点数欄は未記入とする

病院、診療所名称および所在地

所在地
名称
医師氏名
電話

