

被保険者
被扶養者

療 養 費 請 求 書



| | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|---|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|---------|--|
| 被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ | 被保険者証の 記号番号 | 記号 番号 | 被保険者の 職 場 名 電話番号 | | 職 場 (TEL) | | | |
| | 傷 病 名 | | | | 発病又は負傷 の 年 月 日 | 平成 年 月 日 (負傷の場合は 時頃) | | |
| | 発 病 又 は 負 傷 の 原 因 | | | | | | | |
| | 傷 病 の 経 過 | | | | | | | |
| | 診療を受けた医 療機関の名称と 所在地及び氏名 | | | | 診療に 要した 費用の額 | 円 | | |
| | 診療の期間 | 自 平成 年 月 日 | 日間 | | 左の期間中に入院した 期間がありますか | | ある ・ ない | |
| | | 至 平成 年 月 日 | 日間 | | 入院した期間 があるときは その期間 | 平成 年 月 日 | 日間 | |
| | 療養の給付を 受けることが できなかった 理由 | <input type="checkbox"/> 保険証の不携帯 (→ 診療報酬明細書と領収書を添付) | | | 治療用の 装具名 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 装具着用 (→ 装具装着証明書と領収書を添付) | | | 装具着用 年月日 | 平成 年 月 日 | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | |
| 第三者の行為 によって負傷 したもので あるか否か | ある ・ ない | 第三者の行為 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 に関するときは その者の | 氏名 | 男 ・ 女 | 生年 月 日 | 昭和 平成 | 年 月 日 | 被保険者 との続柄 | | |
| 上記のとおり請求いたします。 | | | | | | | | |
| 平成 年 月 日 千 | | | | | | | | |
| 住所 被保険者の 氏 名 | | | | | | | | |
| Y K K 健康保険組合理事長 殿 | | | | 性別 (男 ・ 女) 生年月日 年 月 日 | | | | |
| (印) | | | | | | | | |

原則として経費口座(キャッシュレス口座)に振込みます。
ただし、資格喪失後で経費口座(キャッシュレス口座)がない場合は、
口座情報登録申請書を添付してください。

受 付 印

ご記入の際は裏面の注意書きを、よくお読みの上ご記入ください。

ご記入いただいた個人情報は、療養費の振込みにのみ利用させていただきます。

Y K K 健康 保 険 組 合

記 入 要 領

1. 被保険者の記入欄は必ず記入してください。
2. コルセット等の装具着用の場合、医師が証明した**装具着用証明書**と、製作者の**領収書**を添付してください。
3. 緊急やむを得ず保険証不携帯で自費診療の場合、**診療報酬明細書**と医療機関の**領収書**を添付してください。
4. 療養費は診療月の**2カ月後の月末日**(支給日が休日の場合はその前日)に支払われます。ただし、申請は随時受付けています。
5. この請求書は**毎月18日に締切**りますから当日までに健康保険組合へ提出してください。

Y K K 健康保険組合

〒938-8601
富山県黒部市吉田200
電話 (0765) 54 - 8650
FAX (0765) 57 - 0326

診療報酬明細書

一金

円也

| | | 傷病名 | | 自 年 月 日 | | | | 診療 実日数 | 日 | |
|-----------------------|---------------|-----|---|---------|--------|---|---|-----------|----|---|
| | | | | 診 期 | 療 間 | 至 | 年 | | | 月 |
| 初診 | 時間外・休日・深夜 | | | | | | | | 回 | 点 |
| 再 診 料 | 再診 | × | | | | | | | 回 | |
| | 外来管理加算 | × | | | | | | | 回 | |
| | 時間外 | × | | | | | | | 回 | |
| | 休日 | × | | | | | | | 回 | |
| | 深夜 | × | | | | | | | 回 | |
| 指導 管理 | | | | | | | | | 回 | |
| 往 診 | 普通 | | | | | | | | 回 | |
| | 夜間 | | | | | | | | 回 | |
| | 緊急・深夜・暴風雨雪・難路 | | | | | | | | 回 | |
| 投 薬 料 | 内服 | 薬剤 | | | | | | | 単位 | |
| | | 調剤 | × | | | | | | 回 | |
| | 屯服 | 薬剤 | | | | | | | 単位 | |
| | | 調剤 | × | | | | | | 回 | |
| | 外用 | 薬剤 | | | | | | | 単位 | |
| | | 調剤 | × | | | | | | 回 | |
| | 処方 | | × | | | | | | 回 | |
| 麻・覚・毒加算 | | | | | | | | 回 | | |
| 調 | 基 | × | | | | | | 回 | | |
| 注 射 料 | 皮下筋肉内 | | | | | | | | 回 | |
| | 静脈内 | | | | | | | | 回 | |
| | その他 | | | | | | | | 回 | |
| 処 置 料 | 処置 | | | | | | | | 回 | |
| 手 麻 酔 術 料 | 手術・麻酔 | | | | | | | | 回 | |
| | 薬剤 | | | | | | | | | |
| 検 査 料 | 検査 | | | | | | | | 回 | |
| | 薬剤 | | | | | | | | | |
| 画 診 断 像 料 | 画像診断 | | | | | | | | 回 | |
| | 薬剤 | | | | | | | | | |
| そ の 他 | 処方箋 | | × | | | | | | 回 | |
| | 薬剤 | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | | |

Y K K 健康保険組合 作製

平成 年 月 日

殿

病院・診療所 所在地
医 師 氏 名

印