

受付年月日	年 月 日
-------	-------

資格取得日	年 月 日
資格喪失日	年 月 日

被保険者・被扶養者

療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者証の 記号番号	—	被保険者氏名	
受診者氏名		被保険者との続柄	
傷病名		発病又は負傷年月日	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	名称	医師名	
	住所		
診療期間 (装具装着日)	年 月 日～ 年 月 日	療養に要した 費用の額	円
療養の給付を受ける ことができなかった 理由	1. 緊急やむを得ない受診で、保険証を持っていなかった 2. 以前加入していた健康保険の被保険者証を使用したため 3. 治療用装具（眼鏡）を作成したため 4. その他（ ）		
業務上又は通勤途上 での負傷ですか	はい ・ いいえ		
第三者行為による 傷病ですか	はい ・ いいえ	⇒「はい」の場合「第三者行為による 傷病届」を提出する	
上記のとおり申請します。 年 月 日 <div style="text-align: right;">住所 被保険者の 氏名</div> アドバンテスト健保組合 御中			

委任状	私は、事業主が選定した代理人に、年 月 日 請求した 療養費の受領に関することを委任します。 <div style="text-align: right;">住所 被保険者の 氏名</div>
	振込希望口座（退職者のみ） 銀行 支店（普通・当座）口座番号：

* 在籍者の方は、事業主経由で支払いますので、必ず委任状欄を記入してください。

* 領収書は、原本を提出してください。

* 以下の場合、2枚目の診療報酬明細書は、必要ありません。

- ・ 治療用装具(眼鏡)を請求する場合。
- ・ 受診された医療機関発行の「診療報酬明細書」を添付している場合。

診療報酬明細書

患者名		傷病名	
年 月 日 ~ 年 月 日 (日間診療)			
初診	時間外 深夜	注射	皮下注射・静脈内 回 その他 回
再診	再診 時間外 休日 深夜	検査	
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雷・難路	レントゲン	
指導			
投薬	内服 頓服 外用 調剤 調基	処置及び手術	
入院		その他	
		合計	
上記のとおり診療しました。 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 住所 医師 氏名 </div>			