❶ 被保険者証に記載されている9桁の番号をご記入下さい。

❷ 診療を受けた方の氏名・生年月日・性別・続柄をご記入ください。

❸ 診療を受けられた医療機関名・所在地・医師の氏名をご記入ください

❹ 傷病名をご記入ください。

❺「はい」の方は、当組合にご連絡をいただくか、ホームページより「第三者行為による傷病届」をダウンロードしていただき、ご記入ください。

❻ 発症(負傷)日をご記入ください。
不明のの場合は分かる範囲でご記入ください。

❼ 治療用装具の方は、装着日のみご記入ください。
診療費の方は、領収書に記載の診療日をご記入ください。
診療とお薬の処方が同一医療機関でない(薬局で処方された)場合は、診療分と調剤分でそれぞれ療養費の申請書にご記入のうえ、領収書・診療報酬明細書もそれぞれ必要となります。

❽ ア～エの中より当てはまる項目に〇をつけてください。

❾ 領収書に記載されている金額をご記入ください。

❿ 組合員本人様のご住所・氏名をご記入ください。

⓫ 保険料引落し口座(ゆうちょ銀行)をご記入下さい。

療養費支給申請書

※太線の枠内のみご記入ください。

被保険者証の記号番号										❷ 療養を受けた被保険者			
❶ 号	芸　国									氏名	芸国 花子	性別	□男 ☑女
番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	生年月日	(昭)平 令　〇〇年〇〇月〇〇日	続柄	□本人 ☑家族

❸ 診療を受けた医療機関等	名称		医師の氏名	
	所在地	❺		

❹ 傷病名	❼	傷病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ)によるものですか。	□はい □いいえ
		※「はい」の場合は、別に「第三者行為による傷病届」を提出してください。	

❻ 発症(負傷)日	令和　年　月　日	療養期間	令和　年　月　日 ～令和　年　月　日 (装着)	日間

❽ 療養費申請の理由	ア. 治療用装具の装着(コルセット・サポーター・弱視用眼鏡・その他) ※コルセット、サポーター等の装具で既製品を購入された場合、厚労省より通知されている「療養費の支給対象となる既製品の治療用装具について」内に品名記載が無いときは、支給の対象とならないことがあります。 イ. 保険証を持たずに医療機関を受診し医療費を10割自己負担したため ウ. 以前加入していた保険の保険証を使用し、医療費を返還したため エ. 海外渡航中の療養(理由　　)	❾ 療養に要した費用	円

証拠書類を添付して提出して下さい。ア.領収書・意見書 / イ.ウ.領収書・診療報酬明細書(レセプト) / エ.別紙記載

※診療報酬明細書(レセプト)とは、診療明細書とはまた別の書類となります。

❿ 上記のとおり申請します。

令和　年　月　日

〒　－
住所

申請者(組合員本人)

氏名

大阪文化芸能国民健康保険組合理事長 殿

⓫ ※振込先口座確認のため現在、保険料の引き落としにご使用いただいている【ゆうちょ銀行】の口座をご記入ください。

振込先口座	記号					番号								フリガナ	
	1				0								1	口座名義人	

――――――――――――――― 組合使用欄 ―――――――――――――――

受付印

療養費算出基礎

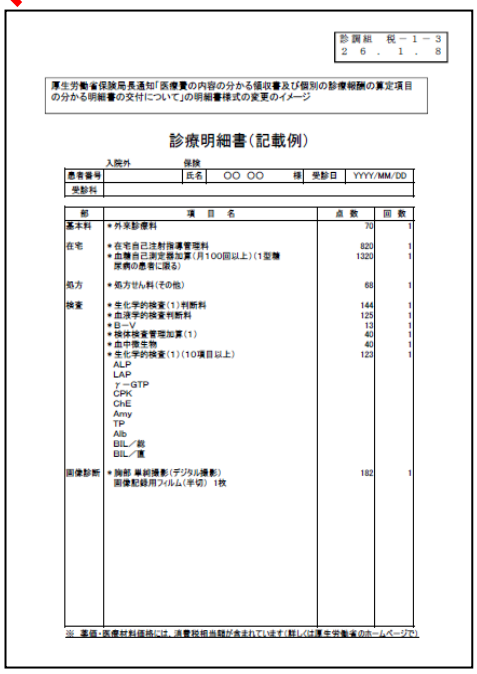
種別	□入院 □外来	給付割合	一般	未就学	前期高齢者 7割	8割	高8割	9割

費用額	保険者負担額	一部負担	国保優先	支給決定額
円	円	円	円	円

申請管理番号
No.
続紙番号.

✕ 診療明細書 見本

診療明細書では受付できません



診調組　税－1－3
26．1．8

厚生労働省保険局長通知「医療費の内容の分かる領収書及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」の明細書様式の変更のイメージ

診療明細書(記載例)

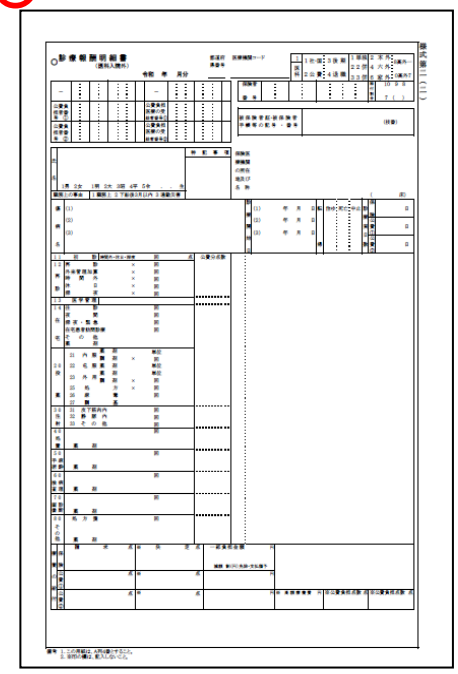
患者番号	入院外	保険	氏名	〇〇 〇〇	様	受診日	YYYY/MM/DD
受診科							

部	項目名	点数	回数
基本料	・外来診療料	70	1
在宅	・在宅自己注射指導管理料	820	1
	・血糖自己測定器加算(月100回以上)(1型糖尿病の患者に限る)	1320	1
処方	・処方せん料(その他)	68	1
検査	・生化学的検査(1)判断料	144	1
	・血液学的検査判断料	125	1
	・B－V	13	1
	・検体検査管理加算(1)	40	1
	・血中微生物	40	1
	・生化学的検査(1)(10項目以上)	123	1
	ALP		
	LAP		
	γ－GTP		
	CPK		
	ChE		
	Amy		
	TP		
	Alb		
	BIL／総		
	BIL／直		
画像診断	・胸部 単純撮影(デジタル撮影) 画像記録用フィルム(半切) 1枚	182	1

※ 薬価・医療材料価格には、消費税相当額が含まれています(詳しくは厚生労働省のホームページで)

右記の書類を医療機関の窓口で請求し、お受け取り下さい。

〇 診療報酬明細書(レセプト) 見本



療　養　費　支　給　申　請　書

※太線の枠内のみご記入ください。

被保険者証の記号番号		療養を受けた被保険者			
記　号	芸　国	氏名		性別	□男 □女
番　号		生年月日	昭 平 令　年　月　日	続柄	□本人 □家族
診療を受けた医療機関等	名　称		医師の氏名		
	所在地				
傷病名		傷病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ)によるものですか。	□はい □いいえ		
		※「はい」の場合は、別に「第三者行為による傷病届」を提出してください。			
発病(負傷)日	令和　年　月　日	療養期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日(装着)	日間	
療養費申請の理由	ア. 治療用装具の装着(コルセット・サポーター・弱視用眼鏡・その他) **※コルセット、サポーター等の装具で既製品を購入された場合、厚労省より通知されている「療養費の支給対象となる既製品の治療用装具について」　内に品名記載が無いときは、支給の対象とならないことがあります。** イ. 保険証を持たずに医療機関を受診し医療費を10割自己負担したため ウ. 以前加入していた保険の保険証を使用し、医療費を返還したため エ. 海外渡航中の療養(理由　　)		療養に要した費用 円		

証拠書類を添付して提出して下さい。ア.領収書・意見書　/ イ.ウ.領収書・診療報酬明細書(レセプト)　/　エ.別紙記載

※診療報酬明細書(レセプト)とは、診療明細書とはまた別の書類となります。

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

〒　－

住 所

申請者(組合員本人)

氏 名

大阪文化芸能国民健康保険組合理事長　殿

※振込先口座確認のため現在、保険料の引き落としにご使用いただいている【ゆうちょ銀行】の口座をご記入ください。

振込先口座	記号	番号	フリガナ	
	1　0	1	口座名義人	

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－ 組 合 使 用 欄 －－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－

受付印

療養費算出基礎

種別	□入院 □外来	給付割合	一般	未就学	前期高齢者			
					7割	8割	高8割	9割

費用額	保険者負担額	一部負担	国保優先	支給決定額
円	円	円	円	円

申請管理番号
No.
続紙番号.