

受付年月日	平成 年 月 日
同年月日	平成 年 月 日
決裁年月日	平成 年 月 日
支給額	円
支給期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間

支給支払決議書			
資格取得	平成 年 月 日		
資格喪失	平成 年 月 日		
支払年月日	平成 年 月 日		

(記入上の注意)

ア. この申請書は被保険者及び被扶養者について看護の承認があった場合に、その費用の支給を受けるために申請するものです。
 イ. 標題の「被保険者」「家族」の文字のいづれか該当する方を○で囲んで下さい。
 ウ. 標題の「被保険者」の文字を○で囲んだときは、(ウ)欄に「該当せず」と記入して下さい。
 エ. 入院しないで療養しているものが、看護の付添を受けたときは、(ウ)欄に「該当せず」と記入して下さい。
 オ. (10)(16)(17)欄は、該当する番号を○で囲んで下さい。

カ. 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」をこの書類に添付して下さい。
 キ. 給付金の受領方を他人に委任するときは、受け取り代理人の欄に必要事項を記入し支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入して下さい。
 ク. 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下さい。
 ケ. 字句を訂正する場合は、謝った字句をまつ消して氏名欄の認印を押し、その上に正しい字句を記入して下さい。
 コ. ※印の欄は記入しないで下さい。

健康保険 被保険者 家族 看護費支給申請書 (A) (第 回日)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者証の記号と番号	第 号	(2) 被保険者の氏名・性別	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	性別	男・女	(3) 印
	(4) 被保険者証の(申請者)住所	〒	住 所	方	電話	()		
	(5) 事業所の(イ)名称		(ロ)所在地		電話	()		
	(6) 被扶養者が看護を受けたための請求であるときはその者の	(イ)氏名	(ロ)生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生	(ハ)被保険者との続柄		
	(7) 傷病名		(8) 発病または負傷の日		平成 年 月 日			
	(9) 傷病の経過		(10) 第三者行為によるものですか		いいえ・はい			
	(11) 入院して看護を受けたときはその	(カ)入院期間	(キ)入院日数	(ク)病医院名	(ケ)病医院所在地			
	(13) 看護を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日	介護日数	(ハ)左記の泊込み期間	自 年 月 日 至 年 月 日	(ニ)泊込み日数	(ヒ)徹夜日数	
	(16) 看護付添をした者の資格	1:看護婦 2:准看護婦 3:看護補助者	(17) 病種別	1:普通疾病 2:特殊伝染病 3:伝染病	(コ)看護に要した費用の額			円
	(18) 振込希望の銀行又は郵便局	銀行	支店	(普通 第 号) 当座	郵便局			
(19) 上記の通り申請します。	年 月 日	住所 被保険者の氏名 健康保険組合理事長 殿					印	

(20) 支給回数	(21) 承認番号	(22) 承認要件別	(23) 付添看護形態	(24) 級地別	(25) 支給算出額	(26) 海外表示	(備考)
		1.傷病が重篤 手術後等 2.介助等の補助 3.上記1と2	1.2人付(原則) 2.1人付(特別な場合) 3.3人付	1.甲1 2.甲2 3.乙 4.その他	円	0:国内 1:海外	

委任状	(27) 私は 平成 年 月 日 請求した 被保険者 看護費のうち 被扶養者 への受領に関する こと。 平成 年 月 日 住所 被保険者の 氏名 住所 代理人の 氏名	印
-----	---	---

振込希望の銀行又は郵便局名	銀行	支店	(普通 第 号) 当座	郵便局
---------------	----	----	----------------	-----

領収書	(28) 金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 平成 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 住所 受領者 氏名	印
-----	---	---

(B) 看護者の資格証明書

(ア) 看護婦が添付した場合（看護婦免状の写）

年 月 日 交付	看護婦免状	第 号	都 都 号	写 真	印	年 月 日	年 月 日

(記入上の注意)

サ. 看護に従事した者が所持している看護婦又は准看護婦免許証を、それぞれ該当する「ひながた」のところに写して下さい。
シ. この「ひながた」に該当しない看護婦免状又は准看護婦免許証を所持している看護婦については、看護婦又は准看護婦の区別を明かにして、適宜にこの「ひながた」に写して下さい。

看護婦免許証	
都	氏名
都	年 月 日生
保健婦助産婦看護婦法（昭和二十三年法律第二百三十三号）により看護婦の免許を与える。	
よってこの証を交付する。	
厚生大臣	年 月 日
本免許は第 号を持って	
看護婦籍に登録した。	
厚生省健康政策局長	
印	印

(イ) 准看護婦が添付した場合（准看護婦免許証の写）

准看護婦免許証	
都	氏名
都	年 月 日生
保健婦助産婦看護婦法（昭和二十三年法律第二百三十三号）により准看護婦の免許を与える。	
よってこの証を交付する。	
知事	年 月 日
本免許は第 号を持って	
准看護婦籍に登録した。	
印	印

(記入上の注意) (ウ) 看護実施証明

看護承認通知書をのりつけするところ(ハガキの切手の印刷されている面の右側にのりつけ文面上にして、この部分にはりつける)

ス. 右欄のうえから8行目の「主治医」、「看護婦」の文字は、いずれか該当する文字を○で囲んで下さい。

看護担当者氏名

(看護婦又は准看護婦の場合)
 うえのものは、平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
 で 日間 患者 の他 名の看護に従事させた
 ことを証明いたします。

(看護補助者の場合)
 看護婦を求めることができなかったため、上のものを看護補助者として
 主治医 の指導監督のもとに平成 年 月 日
 看護婦 から平成 年 月 日まで 日間 患者
 の他 名の看護に従事させたことを証明いたします。

平成 年 月 日

病医院 { 所在地
 名称
 施設長氏名

印 電話 (局)

セ. 右欄のうえから二行目の「看護婦」、「准看護婦」、「看護補助者」の文字は、いずれか該当する文字を○で囲んで下さい。

看護者氏名

うえの者は当会登録の看護婦・准看護婦・看護補助者で、当会の紹介により
 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 病院
 において 患者 の看護に従事したことを確認します。

なお、この看護者は患者の親族、友人または知人等の縁故関係にあるものでないことを確認しました。

平成 年 月 日

所属会 { 所在地
 名称
 施設長氏名

印

ソ. 領収書欄の領収金額を訂正したものは無効ですから、そのときは別に領収書をつくってもらって、この「ひながた」のうえにはりつけて下さい。

(C) 看護に要した費用の領収書

領 収 金 額		拾万 万 千 百 拾 円					金				殿					
区分	一日当り単価	日数	小 計 金 額				備 考									
看護料金	円	円	万	千	百	拾	円	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	日間
〃 (泊り込み)								平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	日間
〃 (徹夜勤務手当)								平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	日間
その他 (交通費、食費等)																日間

平成 年 月 日

所属会 { 所在地
 名称
 電話番号 (局) 番

看護者 { 所在地
 氏 名

印

(D) 開放性呼吸器結核に関する医師の意見書

患 者 氏 名	
(月 日ガフキー 号)	・ (月 日コロニー 性)
(月 日ガフキー 号)	・ (月 日コロニー 性)
(月 日ガフキー 号)	・ (月 日コロニー 性)
うえの患者の傷病は、開放性呼吸器結核であることを証明します。	
平成 年 月 日	
病医院 {	所在地
	名称
保険医氏名	印
電 話	(局) 番

(記入上の注意)

タ. 喀痰顕微鏡的検査、細菌学的培養検査の結果が看護期間を含み連続して三回以上陰性であるものは開放性と認めないこと。

(E) 徹夜看護に関する医師の証明

看護者氏名	
うえの者は、患者	の看護にあたり、平成 年 月 日
から平成 年 月	日までの期間は徹夜勤務したことを証明します。
手術年月日	平成 年 月 日
手術々式	
平成 年 月 日	
病医院 {	所在地
	名称
保険医氏名	印
電 話	(局) 番

(記入上の注意)

チ. 徹夜看護とは、仮眠もしないで徹夜監視し、常に応変の処置がとれるような状態で看護しなければならぬ患者に、そのような状態で付添った場合をいうこと。