（三）

被扶養者療養給付記録

氏名	傷病名	開始年月日	終了年月日	転帰	請求金額	認印

（四）

本人療養給付記録

傷病名	開始年月日	入院年月日	終了年月日	転帰	請求金額	認印

（五）

受給資格確認

令和　年1月	令和　年2月	令和　年3月
令和　年4月	令和　年5月	令和　年6月
令和　年7月	令和　年8月	令和　年9月
令和　年10月	令和　年11月	令和　年12月

保険医療機関等の注意

1. 確認の表示がされていない欄の月においては、療養の給付等を開始する（初診を行う）ことができません。
2. 療養の給付等の期間は、同一の傷病について、初めて療養の給付等を受けた日から1年（結核性疾病については、5年）です。

　ただし、その期間経過後においても、確認の表示がされている欄の月については、療養の給付等をすることができます。

備考　1　この票の大きさは、縦127ミリメートル、横273ミリメートルとし、点線の個所から三つ折りとすること。
2　「男女」欄は、該当しない文字を抹消すること。
3　「本人療養給付記録」欄及び「被扶養者療養給付記録」欄は、保険医療機関等において記載すること。ただし、療養費支給の場合は、全国健康保険協会において記載すること。
4　「本人療養給付記録」欄及び「被扶養者療養給付記録」欄の記載については、次によること。
イ　歯について保険診療を行った場合には、患歯の部位を「傷病名」欄に記載すること。
ロ　「開始年月日」欄には、保険診療を開始した年月日を記載すること。
ハ　「入院年月日」欄には、保険診療により入院を開始した年月日を記載すること。
ニ　「終了年月日」欄には、保険診療を行わなくなった年月日を記載すること。
ホ　「転帰」欄には、治ゆ、期間満了、転医、死亡、中止等の別を記載すること。
ヘ　「請求金額」欄には、保険医療機関等が保険診療に関して保険者に請求すべき費用の額を記載すること。
ト　「認印」欄には、当該事項を記載した保険医療機関等においてなつ印すること。ただし、療養費支給の場合は、全国健康保険協会の職員がなつ印すること。
5　この票を再交付する場合において、その日雇特例被保険者又は日雇特例被保険者であった者が現に保険診療を受けるときは、その傷病名、保険診療を開始した年月日その他必要な事項を交付機関において記載すること。
6　別途被保険者等に周知することにより、使う方への注意を省略することができる。