

自家診療申請書

被保険者番号	沖医国		
診療を受ける 被保険者	氏名	組合員との 続柄	
	年 月 日 (才)		☐ 自己診療ではない ※1
傷病名	(1) (2) (3)	自家診療 を必要と する理由	
自家診療 を必要と する期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	治療見込 の 期 日	
症 状			
本人以外 の 医 師 に よ る 指 導 ・ 指 示 事 項		住 所	
		医療機関名	
		氏 名	
			印
		☐ 当該組合員の医療機関に勤めている 医師 (☐ 常勤 / ☐ 非常勤) ※2	
どちらかに ☒ をお付け下さい。			
1. ☐ 院内処方 (☐ 紙レセプトを使用・ ☐ 電子レセプトを使用)			
2. ☐ 院外処方 (☐ 紙レセプトを使用・ ☐ 電子レセプトを使用)			
上記のとおり申請します。			
令和 年 月 日 午			
住 所			
医師組合員 医療機関名			
氏 名 (自署)			
沖縄県医師国民健康保険組合理事長			

(注) 後期高齢者組合員除く

※1：組合員との続柄が「本人」の場合は ☒ を入れてください。「自己診療」は健康保険法上認められておりません。※2：当該組合員の医療機関に勤めている医師の場合は ☒ を入れ、「常勤」または「非常勤」のいずれかに ☒ を入れてください。

自家診療申請書

記入例

被保険者番号	沖医国 0 0 0 0 0 0		
診療を受ける 被 保 険 者	氏名	医師国保 太郎	組合員との 続 柄
	S50年4月1日生(45才)		本人 ☒ 自己診療ではない ※1
傷 病 名	(1) 高血圧 (2) 高脂血症 (3)※慢性疾患及び特定疾病	自家診療 を 必 要 と す る 理 由	左記の疾患について記載。
自家診療 を必要と する期間	令和 2 年 5 月 1 日から ※申請から1年間 令和 3 年 4 月 30 日まで	治 療 見 込 の 期 日	必要とする期日
症 状	疾患に関する症状を記載。		
本人以外 の 医 師 に よ る 指 導 ・ 指 示 事 項	上記症状による指示事項。 ※同じ科の医師による指示 が好ましい。	住 所 沖縄県南風原町字新川 218-9	医療機関名 医師会国保組合病院 氏 名 山本 次郎 印 ☐ 当該組合員の医療機関に勤めている医師 (☐ 常勤 / ☐ 非常勤) ※2
		氏 名 山本 次郎	
どちらかに ☒ をお付け下さい。 1. ☐ 院内処方 (☐ 紙レセプトを使用・ ☐ 電子レセプトを使用) 2. ☒ 院外処方 (☐ 紙レセプトを使用・ ☒ 電子レセプトを使用)			
上記のとおり申請します。 令和 2 年 4 月 13 日 〒901-0000 住 所 沖縄県南風原町字新川 218-9 医師組合員 医療機関名 医師国保クリニック 氏 名(自署) 医師国保 太郎 沖縄県医師国民健康保険組合理事長			

(注) 後期高齢者組合員除く

※1: 組合員との続柄が「本人」の場合は☒を入れてください。「自己診療」は健康保険法上認められておりません。※2: 当該組合員の医療機関に勤めている医師の場合は☒を入れ、「常勤」または「非常勤」のいずれかに☒を入れてください。