

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書

※ 添付書類及び記入例は当健保ホームページを参照ください

被保険者証の記号・番号	××	××××	事業所名称	××××株式会社			
被保険者の氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
申請が被扶養者に関する場合	被扶養者氏名	健保 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
傷病名	かぜ		⑩発病又は負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年	月	日
発病の原因及び経過	急に具合が悪くなったため受診し、処方された投薬により軽快した			第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	例)交通事故やけんか等
診療を受けた医療機関	名称	駅前診療所		所在地	長野県×××××××× ×-×-×		
	医師名	田中 一夫					
診療の内容	投薬			診療に要した費用の額	6,000円		
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証を提示せずを受診 <input type="checkbox"/> 治療用装具を作成(コルセット、弾性着衣、小児弱視等の) <input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 前加入健保 医療機関等に支払った金額をご記入ください			
立替払の場合(治療用装具作成以外の場合)	診療期間	平成 <u>令和</u> ××年 ××月 ××日	～	平成 令和 ××年 ××月 ××日	1 日間		
	上記期間のうち入院期間	平成 令和 年 月 日	～	平成 令和 年 月 日	日間		
治療用装具を作成した場合	医師に 具が必 めたら	記入不要 (治療用装具の申請時のみ記入)					日
被保険者振込先口座 ※被保険者以外への支給には、「給付金受領委任状」が必要です	金融機関名	×××銀行		支店名	新宿西支店		
	口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	No. ××××××××	フリガナ 名義	ケンポ タロウ 健保 太郎		
上記のとおり申請いたします							
被保険者 住所	〒 ×××-×××× 東京都××××× ×-×-×			令和 ××年 ××月 ××日	TEL ××-××××-××××		
氏名	健保 太郎			E-mail ××××@××.××.××			

備考欄

	(家族)療養費	常務理事	事務長	担当者
健保記入欄	円			
	一部負担還元金・家族療養付加金	資格取得日		
	円	平成 令和	年 月 日	
	高額療養費	資格喪失日		
	円	平成 令和	年 月 日	
	円	支給決定日		
合計	円	令和	年 月 日	



提出書類について

1.療養費支給申請書

※申請書は、「入院」「外来」「歯科」別、また、月毎に必要となります。

なお、処方箋により薬局で調剤を受けた場合、下記の書類もご提出ください。

- ・薬局の領収証(原本)
- ・調剤報酬明細書(薬局へ依頼し、開封せずにご提出ください。)

2.領収証原本

※かならず「原本」をご提出ください。

こども医療等で市区町村へご申請される場合も同様に原本をご提出ください。

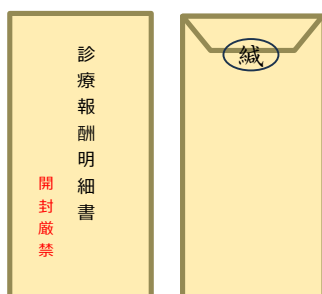
その際、市区町村へご申請される旨をメモで添付くださいますようお願い致します。当健保にて、領収証をコピーし、確認印を押印したものを返却させていただきます。

3.診療報酬明細書(レセプト)

※患者が領収証と一緒に受け取るものとはことなります。

医療機関等にて「健康保険組合へ立て替え払いの申請をするために必要」である旨を申し出て 交付をうけてください。

「診療報酬明細書(レセプト)」は、医師が診断した傷病名が記載されていることから「開封厳禁」として封緘の状態が発行をうけるものとなっています。開封せずに申請書ならびに領収証(原本)とともに当組合へ送付してください。診療が保険診療に値するかの確認のため、診療明細書(疾病名なし)ではなく、診療報酬明細書(疾病名あり)をご提出ください。



◆上記、2、3がない場合は

「療養費支給申請書2ページ目の領収(診療)明細書(医師の証明が必要)」で代用できます。

【医療機関証明用】

領収(診療)明細書

※ 装具の申請時には不要です

患者氏名	健保 花子		性別	男・女	生年月日	昭和 ××年 ××月 ××日		
傷病名	(1) 急性咽頭炎 (2) (3)		診療期間	平令 ××年 ××月 ××日から 平令 ××年 ××月 ××日まで (診療実日数)	1日			
初診	時間外・休日・深夜 1回 282点		公費分点数					
医学管理	在宅							
投薬	内服	単位						
	屯服	単位						
	外用	単位						
	調剤	日						
	麻毒調基	日						
注射	皮下筋肉内	回						
	静脈内	回						
	その他	回						
処置	薬剤	回						
手術	麻酔	回						
検査	薬剤	回						
画像診断	薬剤	回						
その他	薬剤	1回						
入院	入院年月日	年 月 日						
	病 診	入院基本料・加算	点					
		×	日間	食事・生活				
		×	日間	基準				
		×	日間	特別				
		×	日間	食事				
		×	日間	環境				
	特定入院料・その他							
合計			円					
			減額	割(円)免除・支払猶予				
			(上記のうち公費負担額 円)					

上記のとおり領収(診療)いたしました(※1)

令和 ××年 ××月 ××日

医療機関の所在地
医療機関の名称
医療機関の電話番号
医師の氏名

担当医師印

(※1) すでに申請の対象となる費用について領収証を発行しているときは「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。