

○記入の方法は3、4ページを参照してください
○本申請に関する給付金の受領を代理人に委任する場合は必ず⑮委任状欄に記入して下さい

被保険者が記入するところ	① 被保険者の記号・番号	記号 1234 番号 567	② 被保険者（申請者）氏名	健保 一郎			
	③ 被保険者の生年月日	昭和 平成 3 年 5 月 7 日	④ 事業所名	〇〇自動車㈱			
	⑤ 被保険者（申請者）の現住所	〒 000-0000 東京都港区芝公園〇 - 〇 - 〇 電話 03 (XXXX) XXXX					
	⑥ 療養が被扶養者に関するときはその方の	氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成 令和 5 年 10 月 20 日	被保険者との続柄	妻
	⑦ 傷病名	急性胃腸炎		⑧ 発病または負傷の年月日（療養開始日）	令和 4 年 7 月 10 日		
	⑨ 発病または負傷原因	令和 4 年 7 月 10 日（金） 10 時 分 頃 急に激しい腹痛が起こり、医療機関を受診した。 負傷の場合、3ページの「負傷原因記入欄」も記入してください。				⑩ 第三者の行為によるものですか はい・いいえ	
	⑪ 診療を受けた保険医療機関等	名称	〇〇病院		診療した医師名	〇〇 〇〇	
		所在地	北海道札幌市中央区〇 - 〇 - 〇				
	⑫ 診療の期間入・通の別	自 令和 4 年 7 月 10 日 至 令和 4 年 7 月 10 日	1 日間	入院 入院のときは 入院 入院期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	
	⑬ 診療の内容	診察のうえ、薬の処方を受けた。			診療に要した費用の額	12,000 円	
	⑭ 療養の給付を受けることができなかった理由（詳しく）	旅行中のため、資格確認証を携帯していなかった。					

⑮ 委任状	被保険者	本請求に基づく給付金の受領方を下記代理人に委任します。 令和 4 年 8 月 10 日				令和 年 月 日提出 受付日 付印	
		住所	東京都港区芝公園〇 - 〇 - 〇				
		氏名	健保 一郎				
	受領代理人	住所	東京都新宿区西新宿〇 - 〇 - 〇				
		氏名	東京 太郎	委任者と代理人との関係	事業主		
		電話番号	03-XXXX-XXXX				

領収（診療）明細書

患者名				傷病名			
入 院 外				入 院			
初 診		時間外・休日・深夜		回		初 診	
時間外・休日・深夜		回		初 診		時間外・休日・深夜	
再 診		再 診	×	回	投 薬	内 服	単位
		外来管理加算	×	回	頓 服		単位
		時 間 外	×	回	外 用		単位
		休 日	×	回	調 剤		日
		深 夜	×	回	麻 毒		日
			×	回	基		
指導					注 射	皮下筋肉内	回
						静 脈 内	回
						そ の 他	回
在宅		往 診		回	処 置	薬 剤	回
		夜 間		回			回
		深夜・緊急		回	手術・麻酔		回
		在宅患者訪問診療		回		薬 剤	回
		そ の 他		回			
		薬 剤		回			
投 薬		内服 { 薬 剤	×	単位	検 査		回
		頓服 { 調 剤		回		薬 剤	回
		外用 { 薬 剤		単位	診 断 画像		回
		処方 { 調 剤	×	回		薬 剤	回
		麻毒	×	回	その他		回
		調基		回			
注 射		皮下筋肉内		回	入院年月日		年 月 日
		静 脈 内		回	病 診 衣	入院料	×
		そ の 他		回			日間
処 置		薬 剤		回			×
				回			日間
手術・麻酔		薬 剤		回		入院時医学管理料	×
				回			日間
				回			×
				回			日間
検 査		薬 剤		回	特定入院料・その他		
				回			
診 断 画像		薬 剤		回	基 準		
				回			
その他		処 方 せ ん	×	回	食 事		円×
		薬 剤		回			円×
				回			円×
				回			円×
合 計				円	合 計		円

上 記 の と お り 領 収 （ 診 療 ） い た し ま し た 。

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 名

被保険者が記入するところ

醫師名

【注意事項】

- ◆ この請求が「被保険者」にかかる申請であるときは、⑥は「該当せず」と記入してください。
- ◆ ③・⑥の元号および⑩は、該当する文字をマルで囲んでください。
- ◆ 診療を受けたのではなく薬剤の支給のみを受けたときや、医師以外の者から手当を受けたときは、⑪から⑬まではそのように読み替えて記入してください。
- ◆ 傷病の原因が負傷の場合（ねんざ・打撲・擦傷・骨折・打ち身など）は、負傷原因記入欄に記入してください。
- ◆ 傷病が第三者の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」を組合に申請のうえ、作成してこの申請書に添付してください。
 ※ 「第三者の行為」とは次のようなケースです。
 ・ 相手のある交通事故による負傷・不当な暴力、傷害行為による負傷
- ◆ 訂正するときは、必ず二重線で抹消し訂正者の氏名を記入してください、修正液等は使用しないでください。

【添付書類について】

療養費の種類により添付書類が異なりますので、下記を確認のうえ提出願います。

療養費の種類	添 付 書 類
医療費を自費で支払ったとき（立替払）	● 診療内容を記載した証明 医療機関が発行する診療報酬明細書（レセプト）の原本を添付していただくか、「領収（診療）明細書」欄に医師に記入していただいてください。（ただし「領収（診療）明細書」欄は歯科診療の場合は使用できません） ● 領収書 診療に要した費用を証明した領収書の原本を添付してください。 【海外で診療を受けた場合】 海外で診療を受けた療養費の申請については別の様式がありますので、健康保険組合へお問い合わせ願います。
他の保険者の保険証を使用し、医療費を返還したとき	● 診療報酬明細書 医療費を返還した保険者から交付された診療報酬明細書の原本。 封かんされているときは開封せず封筒ごと添付してください。 ● 領収書 医療費を返還した保険者から交付された領収書の原本を添付してください。
治療用装具	● 医師の「意見および装具装着証明」 医師等が発行する「意見および装具装着証明書」等の原本を添付していただくか、「意見および装具装着証明」欄により医師から記入・証明を受けてください。 ● 領収書 装具の名称、種類等、内訳が記載された領収書の原本を添付してください。 ● 検査書（小児弱視等の治療用眼鏡等の場合） 視力等の検査結果のわかるコピーを添付してください。
生 血	● 輸血証明書 輸血を必要と認めた医師の証明書を添付してください。（証明書は輸血の回数が明記されているもの。） ● 領収書 血液代金や移送にかかった運賃等の内訳が記載された領収書の原本を添付してください。

