

※ 支給 支払 決議 書	同年月日	令和 年 月 日						常務理事	事務長	担当者
	決済年月日	令和 年 月 日								
	支給金額 A + B + C	百万	拾万	万	千	百	十	円		
	支給金額内訳	A 法定 円						取得年月日	平・令 年 月 日	
		B 付加 円						喪失年月日	令和 年 月 日	
		C 食事 円						第三者行為	該当・不該当	
支給期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間									
備考								受付日付印		

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	2 被保険者証号・番号	-			3 被保険者氏名						
	4 被保険者の現住所	〒				Tel					
	5 資格を取得した年月日	平・令 年 月 日			6 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)					
	7 上記6で「受診者が被扶養者(家族)」の場合は、その者の氏名・生年月日・被保険者との続柄を記入してください。										
		被扶養者氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	被保険者との続柄					
	8 傷病名				9 発病または負傷年月日	平・令 年 月 日					
	10 発病の原因および経過	原因および経過 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください。 <small>※負傷の原因が第三者の行為による場合は「第三者行為による傷病届」も提出してください。</small>									
	11 診療を受けた医療機関等の名称	所在地									
	12 診療を受けた期間(この期間に入院をしていた場合の期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 (令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 入院)									
	13 支払った金額	円			14 診療内容						
	15 療養費支給申請理由										
	16 振込先指定口座 ※被保険者本人名義	金融機関名	支店名	(普通預金)	(カタカナ)	口座番号	口座名義人				
	17 事例により添付が必要となる書類です。請求される前に必ず確認してください。	A 立替払等 <input type="checkbox"/> 「診療報酬明細書」と「領収書原本」 <small>※医療機関等が発行した診療報酬明細書(レセプト)を添付してください。ただし、申請書2・3・4枚目に医療機関等の証明をもらっても可。なお、会計の際に発行された診療明細書(診療内訳)とは異なりますのでご注意ください。 ※診療に要した費用の額が記載された領収書の原本を添付してください。</small> B 他保険返納金 <input type="checkbox"/> 「診療報酬明細書」と「返納時納入領収書原本」 <small>※他保険返納金を返納後に交付される診療報酬明細書を添付してください。(封筒開封不可) ※他保険返納金を返納した際の領収書の原本を添付してください。</small> C 治療用装具 <input type="checkbox"/> 「医師の意見書(同意書・証明書)及び装具装着証明書等」と「領収書原本」 <small>※装具装着の場合は、医師の「意見書(同意書・証明書)及び装具装着証明書」を添付してください。 ※小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は、医師の「眼鏡等作成指示書」を添付してください。なお、「眼鏡等作成指示書」に検査結果が明記されていない場合は、「検査結果(写)」も添付してください。 ※弾性着衣等の場合は、医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」を添付してください。 ※装具や眼鏡等の名称、種類及びその内訳別の費用額が記載された領収書の原本を添付してください。</small>									

【留意事項：申請者(被保険者)殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者(被保険者)の署名が必要となります。
 ※海外で診療を受けた場合および柔道整復師・鍼灸師の施術による場合は、当組合にご連絡ください。

診療報酬明細書 (医科入院)

立替払用

患者氏名			性別	男 ・ 女	生年月日	昭・平・令	月	日	生
傷病名	1. 2. 3.			診療期間	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで (診療実日数) 日				
初診	時間外・休日・深夜 回		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	回								
手麻酔	回								
検病査理	回								
画診像断	回								
その他	回								
入院	入院年月日		年	月	日	食事・生活環境	基準	円 ×	回
	病	診	入院基本料・加算		点		特別	円 ×	回
			×	日間			食事	円 ×	日
			×	日間			環境	円 ×	日
			×	日間			基準(生)	円 ×	回
			×	日間			特別(生)	円 ×	回
			×	日間			減・免・猶・I・II・3月起		
院	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				
上記のとおり診療(領収)いたしました。									
令和 年 月 日									
医療機関所在地									
医療機関名称									
医師氏名									
TEL									

※診療報酬明細書(レセプト)の発行ができる場合は、上記に証明は不要です。

患者氏名				性別	男 ・ 女	生年月日	昭・平・令	月	日	生
傷病名	1. 2. 3.			診療期間	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで (診療実日数) 日					
初診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数						
再診	再診	×	回							
	外来管理加算	×	回							
	時間外	×	回							
	休日	×	回							
	深夜	×	回							
医学管理										
在宅	往診		回							
	夜間		回							
	深夜・緊急		回							
	在宅患者訪問診療		回							
	その他									
投薬	内服薬剤	×	単位							
	調剤		回							
	屯服薬剤		単位							
	外用薬剤	×	単位							
	調剤		回							
注射	処方	×	回							
	麻毒		回							
	調基									
処置	皮下筋肉内		回							
	静脈内		回							
	その他		回							
手麻酔	薬剤		回							
	薬剤									
検病査理	薬剤		回							
画診像断	薬剤		回							
その他	処方箋		回							
	薬剤									
				合計	円					
					減額 割 (円) 免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額) 円)					
<p>上記のとおり診療 (領収) いたしました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関所在地</p> <p>医療機関名称</p> <p>医師氏名</p> <p>TEL</p>										

※診療報酬明細書 (レセプト) の発行ができる場合は、上記に証明は不要です。

調剤報酬明細書

立替払用

患者氏名		性別		男 ・ 女		生年月日		昭・平・令 月 日 生	
保 所 險 在 地 地 医 療 及 及 機 機 関 関 の の 称 称	処 方			保 險 医 氏 名 名	1. _____			処方箋受付回数	
					2. _____			回	
3. _____									
4. _____									
5. _____									
6. _____									
医師 番号	処方月日	調剤月日	医 薬 品 名 ・ 規 格 ・ 用 量 ・ 剤 形 ・ 用 法		単 位 薬 剤 料	調 剤 数 量	調 剤 報 酬 点 数		公 費 分 点 数
	・	・			点		点	点	点
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
摘要									
調 剤 基 本 料			時 間 外 等 加 算		薬 学 管 理 料		合計		円
点			点		点				円
上記のとおり調剤（領収）いたしました。 令和 年 月 日 調 剤 薬 局 所 在 地 調 剤 薬 局 名 称 薬 剤 師 氏 名 TEL									

※調剤報酬明細書（レセプト）の発行ができる場合は、上記に証明は不要です。

受 取 代 理 人 の 欄	21 本請求書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
	令和 年 月 日	
	被 保 険 者 住 所 氏 名	22 被保険者との関係
	代 理 人 住 所 氏 名	
23	金融機関名	支店名
振込先指定口座 ※ 代理人名義	(普通預金) 口座番号	(カタカナ) 口座名義人