

※支給支払決議書	受付年月日	平成 年 月 日						常務理事	事務長	担当者	
	伺年月日	平成 年 月 日									
	決済年月日	平成 年 月 日									
	支給金額	百万	拾万	万	千	百	十	円	資格取得年月日	平成 年 月 日	
									資格喪失年月日	平成 年 月 日	
	内訳	法定							備考		
		付加									
食事											
支給期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間										

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 療養費支給申請書¹ (第 回目)
 家 族

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	2 被保険者証 記号・番号	—				3 被保険者氏名	印					
	4 被保険者の 現住所	〒 TEL										
	5 事業所名称					6 資格を取得 した年月日	平成 年 月 日					
	7 被扶養者に 関する申請の 時はその者の	A 被扶養者氏名				B 被扶養生年月日			C 被保険者との続柄			
						昭和 平成 年 月 日						
	8 発病又は負傷 の年月日	平成 年 月 日				9 傷病名						
	10 発病の状態 又は 負傷の原因	外傷性によるケガの場合は「負傷原因届」を提出下さい。				11 第三者行為によるものですか						
						□ はい □ いいえ 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出下さい。						
	12 診療を受けた 医療機関等	【名称】				【所在地】						
	13 診療の期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間										
	14 入院又は 入院外の別	□ 入院		15 上記13で入院 した場合の 入院期間			平成 年 月 日 から					
		□ 入院外					平成 年 月 日 まで 日間					
	16 診療に要した 費用の額	円				17 診療の内容						
	18 療養の給付を受け れなかった理由											
	19 振込希望の 金融機関名	銀行・金庫・信組 支店 普通No										
	20 下記の書類は、療養費の事例により添付が必要となる書類ですので、請求される前に必ず確認して下さい。											
	療養費の事例	添付が必要となる書類										
	A 立替払等	□「診療報酬明細書」と「領収書原本」 ※医療機関等で発行された診療報酬明細書を添付して下さい。(No2「診療報酬明細書欄」に証明でも可) ※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下さい。										
	B 他保険返納金	□「診療報酬明細書」と「返納時納入領収書原本」 ※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下さい。(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下さい。										
	C 治療用装具	□「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」 ※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」を添付して下さい。 ※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」を添付して下さい。 尚、「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)」も添付して下さい。 ※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」を添付して下さい。 ※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下さい。										
D 生血	□「輸血証明書」と「領収書原本」 ※輸血を必要と認めた医師の証明書(輸血回数明記のもの)を添付して下さい。 ※血液にかかる費用額や移送にかかった費用額の内訳が記載された領収書の原本を添付して下さい。											

※訂正した場合は、必ず訂正印(被保険者氏名欄同一印)を押印して下さい。

※海外で診療を受けた場合は、当組合に連絡をして下さい。

H27.10改

No.1

診 療 報 酬 明 細 書

患者名				傷病名				
入院外				入院				
初診	回数 点数 回	公費分点数①	公費分点数②	初診	回数 点数 回	公費分点数①	公費分点数②	
再診	再診	回		医学管理				
	外来管理加算	回		在宅				
	時間外	回		投薬	内服	単		
	休日	回			屯服	単		
深夜	回		外用	単				
医学管理				調剤	日			
在宅				麻薬	日			
投薬	内服薬剤	単		注射	調基			
	内服調剤	回			その他			
	屯服薬剤	単			皮下筋肉内	回		
	外用薬剤	単			静脈内	回		
	外用調剤	回		その他	回			
	処方	回		薬剤料減点				
	麻薬	回		処置	回			
注射	皮下筋肉内	回		手術	手術	回		
	静脈内	回			麻酔	回		
	その他	回		検	検査・病理	回		
処	処置	回		画	画像診断	回		
				他	その他	回		
手術	手術	回		入院	入院年月日	年 月 日		
	麻酔	回			入院基本料	日		
検	検査・病理	回			特定入院料			
画	画像診断	回		その他				
他	その他	回		食事・生活	食事	円		
※高額療養費		円			生活	円		
※公費負担点数①		円			環境	円		
※公費負担点数②		円						

療養の給付			食事・生活療養		
保険	公費①	公費②	保険	公費①	公費②
点	点	点	回	円	円

上記のとおり診療（領収）致しました。

平成 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名称

医師の氏名

印

TEL

【医療機関担当医師殿】

※訂正した場合は、必ず訂正印（担当医師印）を押印して下さい。

※レセプトの発行ができる場合は、証明の必要はありません。

受 取 代 理 人 の 欄	22 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
	平成 年 月 日	
	被保険者	住所 氏名
	代理人	住所 氏名
	23 振込希望の 金融機関名	銀行・金庫・信組 支店 普通 <i>No</i>