

※ 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	療養費支給申請書記入例			
	支給金額	百万 拾万 万 千 百 十 円				
	A + B + C					
	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	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; text-align: center;"> 当組合記入欄 </div>					

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	123 - 45678	3 被保険者氏名	健保 拓哉									
	4 被保険者の現住所	〒105-0000 東京都港区●●●1-2-3 フォーラム123 TEL 080-0000-0000											
	5 資格を取得した年月日	平・令 2年 4月 1日	6 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" 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。	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>被扶養者氏名</td> <td>健保 桜</td> <td>生年月日</td> <td><input type="checkbox"/>昭和 <input checked="" type="checkbox"/>平成 <input type="checkbox"/>令和</td> <td>5年 10月 20日</td> <td>被保険者との続柄</td> <td>妻</td> </tr> </table>					被扶養者氏名	健保 桜	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	5年 10月 20日	被保険者との続柄	妻
	被扶養者氏名	健保 桜	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	5年 10月 20日	被保険者との続柄	妻						
	8 傷病名	腰椎椎間板ヘルニア	9 発病または負傷年月日	平・令 3年 4月 7日									
	10 発病の原因および経過	<input checked="" type="checkbox"/> 病気 原因および経過 持病の腰痛が悪化し、下肢に激痛や痺れが生じ、現在に至る。 <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	★★★病院	所在地	東京都港区●●●7-8-9									
	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 3年 4月 7日 から 令和 3年 4月 7日 まで 1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	30,899円	14 診療内容	腰椎装具装着									
	15 療養費支給申請理由	治療用装具を作成したため											
	16 振込先指定口座 ※被保険者本人名義	金融機関名	●▲■銀行	支店名	▲■★支店								
		口座番号	1234567	口座名義人	ケンポ タクヤ								
	17	<input checked="" type="checkbox"/> A 立替払等 <input type="checkbox"/> 「診療報酬明細書」と「領収書原本」 <div style="border: 2px solid red; padding: 10px; text-align: center;"> 被保険者が記入してください ※記入漏れのないようにお願いします </div> <input type="checkbox"/> 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>※器具装着の場合は、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)					
初診	時間外・休日・深夜 回		公費分点数						
医学管理									
在宅									
投薬	内服		<p style="color: red; font-weight: bold;">立替払等の場合 医療機関に証明を貰ってください</p> <p style="color: red;">※診療報酬明細書(レセプト)を 添付できる場合は不要です。</p> <p style="color: red;">※領収時に発行される診療明細書と は違いますのでご注意ください</p>						
	屯服								
外用									
調剤									
麻毒									
調基									
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他								
処置	薬剤								
手麻酔	薬剤								
検病	薬剤								
画像断	回								
その他	薬剤								
入院	入院年月日		年	月	日	食事・生活	基準	円 ×	回
	病	診	入院基本料・加算		点		特別	円 ×	回
院			×	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			
		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 外来管理加算 時間外 休日 深夜	<p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">立替払等の場合 医療機関に証明を貰ってください</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">※診療報酬明細書（レセプト）を 添付できる場合は不要です。 ※領収時に発行される診療明細書と は違いますのでご注意ください</p>						
医学管理								
在宅	往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬剤							
投薬	内服薬剤 調剤 屯服薬剤 外用薬剤 調剤 処方 麻毒 調基							
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他	回 回 回						
処置	薬剤	回						
手麻酔	薬剤	回						
検病査理	薬剤	回						
画診像断	薬剤	回						
その他	処方箋 薬剤	回			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 style="text-align: center;">医療機関所在地 医療機関名称 医師氏名</p> <p style="text-align: center;">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 機 構 関 の 名 称	処 方			保 險 医 氏 名	1. 処方箋受付回数			回	
					2. 回				
医 師 番 号	処 方 月 日	調 剤 月 日	医 薬 品 名 ・ 規 格 ・ 用 量 ・ 剤 形 ・ 用 法		調 剤 数 量	調 剤 報 酬 点 数			公 費 分 点 数
			単 位 薬 剤 料	調 剤 料		薬 剤 料	加 算 料		
						点		点	点
<p>立替払等の場合 調剤薬局に証明を貰ってください ※調剤報酬明細書（レセプト）を添付できる場合は不要です。 ※領収時に発行される調剤明細書とは違いますのでご注意ください</p>									
摘要									
調 剤 基 本 料		時 間 外 等 加 算		薬 学 管 理 料		合計		円	
点		点		点		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	22 被保険者との関係
代 理 人 氏 名		給付金に関する受領（対象者が死亡の場合等）を代理人に委任する場合に記入してください
23	金融機関名	支店名
振込先指定口座 ※ 代理人名義	口座番号 (普通預金)	口座名義人 (カタカナ)