

※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
	同年月日	平成 年 月 日	記入例		
	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	
	内訳	法定	資格喪失年月日	平成 年 月 日	
		付加	備考		
	食事				
支給期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間				

健保組合記入欄（記入不）

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 1 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す こ ろ	2 被保険者証 記号・番号	3 123 - 45678	3 被保険者氏名	健 保 太 郎	
	4 被保険者の 現住所	〒123-4567 ○○県△△市□□1-2-3 コーポ456 Tel. 03-1234-5678			
	5 事業所名称	株式会社 ○ △ □ ☆	6 資格を取得 した年月日	平成 22 年 4 月 1 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 被扶養者生年月日	C 被保険者との続柄	
	8 発病又は負傷 の年月日	平成 22 年 4 月 11 日	9 傷病名	腰椎椎間板ヘルニア	
	10 発病の状態 又は 負傷の原因	持病の腰痛が悪化し、下肢に激痛やしびれが生じた。 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	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	12 診療を受けた 医療機関等	【名称】	【所在地】	○ △ □ ☆ 病院 東京都千代田区神田○-△-□	
	13 診療の期間	平成 22 年 4 月 11 日 から 平成 22 年 4 月 11 日 まで 1 日間			
	14 入院又は 入院外の別	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院外	15 上記13で入院 した場合の 入院期間	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで 日間
	16 診療に要した 費用の額	28,750 円		17 診療の内容	装具装着
	18 療養の給付を受けなかった理由	治療用装具作成のため。			
	19 振込希望の 金融機関名	7 ○○○ 銀行・金庫・信組 △△△ 支店 普通 〃 12345678			
	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			
	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。(No.2「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の場合は、医師の「眼鏡等作成指示書」を添付して下さい。 ※「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。			

- 1 被保険者の療養による場合は、「被保険者」に○印をして下さい。被扶養者の療養による場合は「家族」に○印をして下さい。
- 2 「請求回数」を記入して下さい。
- 3 交付してある健康保険被保険者証から転記して下さい。
- 4 被扶養者の療養による場合は「被扶養者の氏名・生年月日・被保険者との続柄」を記入して下さい。
- 5 負傷の原因が外傷性によるケガ(傷病名が骨折・挫創等)の場合は、「負傷原因届」を提出して下さい。
- 6 「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」を提出して下さい。
- 7 被保険者名義の口座を記入して下さい。
- 8 添付が必要となる書類がありますので、必ず確認して下さい。

※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。

対象となる治療用装具等

◆コルセット、ギブス等
対象者：被保険者・被扶養者
認定額：装具の基準額

◆弾性ストッキング等(四肢リンパ浮腫治療用、乳がん、子宮悪性腫瘍等の術後着用)
対象者：被保険者・被扶養者
認定額：購入金額(上限金額あり)【弾性ストッキング】28,000円(片足用 25,000円)【弾性スリーブ】16,000円
【弾性グローブ】15,000円【弾性包帯】(上肢)7,000円(下肢)14,000円
支給限度数：1度に購入する弾性着衣は洗い替えを考慮し、装着部位毎に2着を限度とします。
更新：前回の購入から6ヶ月が経過していること。

◆治療用メガネ、コンタクトレンズ
(小児の弱視、斜視及び先天白内障術後の屈曲矯正の治療用として用いる眼鏡及びコンタクトレンズを作った場合)
対象者：9歳未満の被扶養者
認定額：購入金額(上限金額あり)【眼鏡】38,461円(税込)【コンタクトレンズ1枚】16,139円(税込)
更新：治療用眼鏡等の支給に関しては、更新前の療養費の支給日を確認し、当組合が支給の決定を行いません。
・5歳未満の小児治療用眼鏡等の更新については、更新前装着期間が1年以上ある場合
・5歳以上の小児治療用眼鏡等の更新については、更新前装着期間が2年以上ある場合

21 診療報酬明細書									
入院外					入院				
患者名					傷病名				
初診	回数	点数	公費分点数①	公費分点数②	初診	回数	点数	公費分点数①	公費分点数②
再診	再診	回			医学管理				
再診	外來管理	加算			在宅				
再診	時間外	回			内服				
再診	休日	回			外用				
再診	深夜	回			注射				
医学管理					検査				
在宅					手術				
内服薬	内服調剤	回			検査・病理				
内服薬	外用調剤	単			画				
外用薬	処方	回			他				
外用薬	調剤	回			入院				
注射	皮下筋肉内	回			食事・生活				
注射	静脈内	回			環境				
注射	その他	回			食事	円			
処置	処置	回			生活	円			
手術	手術	回			環境	円			
手術	麻酔	回							
検査	検査・病理	回							
画	画像診断	回							
他	その他	回							
※高額療養費	※公費負担点数①	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	点			公費②	点			
					保険	回	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									
TEL									

立替払等の場合
医療機関等の証明が必要となります。
※医療機関等で発行した診療報酬
明細書を添付できる場合は、必
要ありません。

【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
	<p style="color: red; font-weight: bold;">給付金に関する受領を代理人に委任する場合に記入して下さい。 ※給付金対象者が死亡の場合等に使用して下さい。</p>
	住所 代理人 氏名 印
23 振込希望の金融機関名	銀行・金庫・信組 支店 普通 〇