

【提出先: 申請者→会社担当部署→健保組合】 ※A4 で片面印刷してください。

# 療養費支給申請書(立替払い用)

(第 回 目)

年 月 日 請 求

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	記号	番号	フリガナ 被保険者自署 (社員本人) 生年月日	S・H	年	月	日生		
	現住所 電話番号	〒 (      -      )							日中連絡可能な電話番号: (      )	
	会社名					支社・チーム名				
	受診者氏名				受診者の 生年月日	S H R	年	月	日生	続 柄
	傷病名				発病又は 負傷の日時	年 月 日 (      時頃)				
	発病または負傷 の原因を詳しく									
	傷病の経過と現 在の状況を詳しく	現在の状況 <input type="checkbox"/> 完治(良好) <input type="checkbox"/> 療養中 <input type="checkbox"/> 症状固定 <input type="checkbox"/> その他(      )								
	医療機関と 担当医	医療機関名:				担当医師名:				
	診療の内容	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 投薬			支払金額		円			
	診療の期間等	診療期間等			診療日数	区分	左記の期間中で入院した期間			
		年 月 日から 年 月 日まで	日		入院外・入院	年 月 日から 年 月 日まで(      日)				
	療養の給付を受け ることができ なかった理由	<input type="checkbox"/> 資格確認ができなかったため <input type="checkbox"/> その他(      )								
	第三者行為によ って負傷したも のですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			第三者行為に起因している場合、原則として医療費については健康 保険から支給されず、被害者等から加害者への請求となります		第三者の氏名・住所			
		「はい」の場合、 こちらにも記入 要⇒			健保への届出 有・無		住所: 氏名:			
	業務上または通 勤途上の負傷 ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			「はい」の場合事業主に報告の上、労災申請を行ってください (労災対象の場合は健康保険対象外です)					
	振込先 口座	金融機関名		支店名		口座番号			被保険者口座名義	
		銀行 信用金庫 (銀行コード:      )		支店 (支店コード:      )		普通預金			カタカナでご記入ください	

※ 網掛け部分について、被保険者自らご記入ください。

※ 記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は番号欄へ記載してください。

受付日付印

診療明細書 【医療機関又は調剤薬局 が証明するところ】

氏名			傷病名		
診療期間	年 月 日から		年 月 日まで	日間	
初診	休日 時間外 深夜	円	注射	皮下筋肉内 回	円
				静脈内 回	
再診	時間内 時間外 深夜	回 円 回 回	検査		円
			画像診断	回 回	円
往診	普通・道路 夜間 暴風雨雪	回 円 回 回			
指導		円	処置及び手術	材料 麻酔 薬剤	回 回 回 回 円
投薬	内服 (1剤) (2剤)	日分 日分	その他		円
	頓服 外用 調剤	日分 日分			
入院	~1月	日間 ( 日~ 日)	処方内容		円
	1~3月	日間 ( 日~ 日)			
	3月以上	日間 ( 日~ 日)			
	看護 給食 寝具	有・無 有・無 有・無			
			診療費 (処方箋)合計額		
			円		
上記のとおり診療(処方)いたしました。					
			年 月 日		
医療機関 〒( )					
保険医 所在地 :					
又は					
調剤薬局					
担当医氏名 :					
又は調剤薬局名					

※当ページの診療報酬明細書は、レセプトでの代用も可。

**療養費支給申請書(立替払い用)チェックシート**  
**「療養費支給申請書(立替払い用)」と一緒に提出してください。**

チェック項目		チェック欄
申請書について	被保険者氏名は被保険者(社員本人)が記入しましたか？	<input type="checkbox"/>
	記入事項はすべて漏れなく記入してありますか？ (記入漏れがあると支給することができません。書き方がわからないときは健保組合までお問い合わせください。)	<input type="checkbox"/>
	今回の申請は労災、通勤災害、第三者行為によるものではないですか？該当する場合は健保組合に連絡しましたか？	<input type="checkbox"/>
	振込希望金融機関は被保険者(社員本人)の口座で間違いないですか？	<input type="checkbox"/>
	申請書は通院(入院)月ごと、医療機関と調剤薬局ごとに分けて作成してありますか？ * 医療機関と調剤薬局の申請がある場合、申請書を分けて作成してください。* 月をまたいで受診している場合は月ごとに1枚ずつ申請書が必要となります。* 同月に同一の医療機関を受診しても通院と入院がある場合、通院と入院を分けて申請書を作成してください。	<input type="checkbox"/>
必要書類について	必要書類はそろっていますか？  * <u>提出いただいた領収証(原本)等の返還はできません。自治体等に提出の予定がある場合は事前にコピーをとっておいてください。</u>	<input type="checkbox"/>
	《受診したときに資格確認ができなかった場合》 ① 領収書(原本) ② 医療機関発行の診療(調剤)報酬明細書(写しでも可。できれば原本) * 当申請書に添付されている診療明細書(P 健-12-1②)を提出する場合は原本	
	《以前の健康保険からの請求により支払ったとき》 ① 以前加入の健康保険から請求があった時の請求内容のわかるもの(受診者名・診療年月日・病院や薬局名が記載されたもの) ② 以前加入の健康保険へ支払った領収証(原本) ③ 以前加入の健康保険から発行された診療・調剤報酬明細書(原本) * 封を開けずに送付してください。P 健-12-1②は不要です	
	《生血液の輸血を受けたとき》 ① 輸血を必要と認めた医療担当者の証明書 ② 血液代金の領収証(原本)	

チェック項目を確認し、記入漏れ・書類の添付漏れがないことを確認しました。