|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 事業主（所）記載欄  適用事業所記号 | | | |  |  |  |   療　養　費  家族療養費 | 支給申請書（A）  （医療費10割負担等） | 療養費（A）1/2 | | | |
| 電話 | | 電話 | |
| 事業主（所）  健保責任者 | 事業主（所）  健保担当者 | 所属上長 | 庶 務 係 |
|  |  |  |  |

１．在職中の方は、事業主経由で支払いますので委任状をご記入ください。資格喪失者(退職者)は、健保から直接銀行振込しますので、退職日・振込先(被保険者名義)をご記入ください。

２．診療年月が特退・任継加入期間中の場合は、保険料の引き落とし口座へ振込しますので、振込先欄は記入不要です。

３．本申請は患者別、医療機関別、入院・外来別、医科・歯科・薬局別で、ひと月毎にまとめて作成してください。

４．病名・治療内容について記入・証明のある「療養費（A）2/2『療養費申請専用 診療明細書』」または、病院発行の「レセプト」の添付が必要です。

５．外傷性疾病で、その原因が相手のいない事故の場合は『傷害事故届』、相手がいる場合は『第三者行為による傷病届』を必ず提出してください。

（注意事項）

K0304-B(A)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 常務理事 | 事務長 | ｸﾞﾙｰﾌﾟ長 | 主務者 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　請　　者　　記　　載　　欄 | 会 社 名 | |  | | | | | | | | | | 被保険者証 | | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者氏名 | | | | | |
| 記　号 | | | | | 番　　号 | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 所 属 | |  | | | | | | | | | |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  | |
| 生年月日 | | Ｓ・Ｈ　 　年 　　月 　　日 | | | |
| 申請が被扶養者に  関するとき | | | | 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | Ｓ・Ｈ・R　　　年　　月　　日 | | | | | | | | 被保険者との  続柄（詳細に） | |  |
| 傷病名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 発病または負傷  の年月日 | | | | | | | | | Ｈ　・　R 年 月 日 | | | | |
| 発病または負傷  の原因　（詳しく） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 受診した  医療機関名 | | | | | | | | |  | | | | |
| 診療期間 | | | H　・　R　　　　年　　　　月　　　　日 ～ H　・　R　　　　年　　　　月　　　　日　　（　　　　　日間　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療に要した  費用の額 | | | 円 | | | | | | | | **●領収書原本を添付してください。**  **●領収書は返却しません**。市区町村等、自治体の公費医療助成の精算手続きを予定される方は、健保に提出する前に、必ず自治体への申請手続きでの領収書の取り扱いについて、自治体の担当者にご確認ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付をうけることが  できなかった理由  （該当する項目にレ点） | | | | | | * 資格取得・扶養認定手続き中につき、被保険者証が手元に無かったため * 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため（旅行中、外出中など） * 誤って以前加入していた健康保険の被保険者証を使用したため * その他【理由を詳細に記入：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第三者行為が原因の傷病の場合はその加害者 | | | | | | | | 住 所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （注意事項１･２参照）  給付金受取方法 | A.会社経由での支給 ＊在職中の方は会社経由 | | | | | | | | 【委任状】 | | | | | この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任します。  令和 　　年 　　月 　　日　 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B.個人への直接支給  ＊退職（予定）者のみ可  【退職日】 H・R　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | 退職者用  【振込先】 | | | | | 銀行  **ゆうちょ銀行不可** | | | | | | | | | | | | | 支店 | | | | | 普通 ・ 当座 | |
| 口座  番号 | |  | | | | | | | | | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | |  | | | |
| 名義人 | | |  | | | |
| 上記のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日  〒  住所  被保険者　氏名  電話  東芝健康保険組合 御中 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 組 合 記 載 欄 | **支給決定額** | | **支払先コード** | **支　給　年　月　日** |
| 本人・家族 療養費 | 円 |  | 令和 |
| 付加金 | 円 |
| 高額療養費 | 円 | （備考欄） | |
| 入院食事療養費 | 円 |
| 合　　　　計 | 円 |

※　本届に記載した個人情報については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。

K0304-B(A)

# 療養費申請専用 診療明細書

療養費（A）2/2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ◎療養担当者様へのお願い：投薬・注射等の薬名・使用量、処置名・検査名等を詳細に記入し、記名してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者氏 名 | | | | 男 ・女 S ・ H ・ R 年 月 日生 | | | | | | 診 療  年 月 | 年 月 | | | | | | ・入院  ・外来 | | ・本人  ・家族 | ・一般  ・小学生未満  ・高齢者 |
| 傷病名 | | | | （１）  （２）  （３） | | | | | | 診 療  開始日 | （１） 年 月 日  （２） 年 月 日  （３） 年 月 日 | | | | | | | | 診　療  実日数 | 日 |
| 11 | 初診 | | | | |  | | 回 |  | |  | | |  | | | | | | |
| 12  再  診 | 再診  外来管理加算  時間外  休日  深夜 | | | | |  | | 回  回  回  回  回 |  | |
| 13 | 医学管理 | | | | |  | | |  | |
| 14  在  宅 | 往診  夜間  深夜・緊急 | | | | |  | | 回  回  回 |  | |
| 在宅患者訪問診療 | | | | | | | 回 |
| その他  薬剤 | | | | |  | | |
| 20  投  薬 | 21  22  23  24  25 26 27 | | 内服薬剤  内服調剤  屯服薬剤  外用薬剤  外用調剤  調剤  処方  麻毒  調基 | | |  | | 単位  回  単位  単位  回  日  回 |  | |
| 30注  射 | 31  32  33 | | 皮下筋肉内  静脈内  その他 | | |  | | 回  回  回 |  | |
| 40処 | 処置  薬剤 | | | | |  | | 回 |  | |
| 50手 | 手術・麻酔  薬剤 | | | | |  | | 回 |  | |
| 60検 | 検査・病理  薬剤 | | | | |  | | 回 |  | |
| 70画 | 画像診断  薬剤 | | | | |  | | 回 |  | |
| 80他 | その他  薬剤 | | | | |  | |  |  | |
| 90入  院 | 入院年月日 　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | |  | | **合計（請求点数）** | | | | | | | **点** | | |
| 病 | | | | 診 | 90入院基本料・加算  　　　　×　　　　日  　　　　×　　　　日  　　　　×　　　　日 | | |
| 97 | 食事・生活  ・ | 基準  特別  食堂  環境 | | 円 ×　　　　　　回  　　　　　　　　円 ×　　　　　　回  　　　　　　　　円 ×　　　　　　日  　　　　　　　　円 ×　　　　　　日 | | | | | |
|  | | | | |
| 92特定入院料・その他 | | | 基準（生）  特別（生） | | | | 円 ×　　　　　　回  　　　　　　　　円 ×　　　　　　回 | | | | | |
| ・減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・３月超・ | | | | | | | | | |
| **合計（請求額）** | | | | | | | **円** | | |
| 上記のとおり診療いたしました。　　　 　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 医療機関の所在地  医療機関の名称  医療機関の電話番号  医師の氏名 | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |

**【注意事項】**１． 診療明細書(療養費申請専用)は、病院から発行されたレセプトでも結構です。

２． 歯科と調剤については歯科医院、調剤薬局から発行されたレセプトを添付してください。

３． 病院発行が領収書と一緒に発行する『診療明細書』は不可 (病名等の記載がなく、詳細をチェックできないため)。