

K0304-B(A)

療養費 支給申請書(A)  
家族療養費

(医療費 10 割負担等)

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

常務理事	事務長	グループ長	主務者	担当者

事業主(所)記載欄 適用事業所記号		

(注意事項)

1. 在職中の方は、事業主経由で支払いますので委任状を「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みしますので、退職日・振込先被保険者名義を「記入ください」。
2. 診療年月が特任・任加入期間中の場合は、保険料の引き落とし口座へ振込みしますので、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)は、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. 外傷性疾患で、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。

申 請 者 記 載 欄	会社名		被保険者証 記号 番号				被保険者氏名						
	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)		<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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										
給付金受取方法 (注意事項1・2参照)		この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任します。											
A.会社経由での支給 *在職中の方は会社経由		【委任状】		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		退職者用 【振込先】		ゆうちょ銀行不可		銀行		支店		普通・当座			
【退職日】 H・R 年 月 日				口座 番号		フリガナ		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。

### 療養費申請専用 診療明細書

◎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	回					
	外来管理加算	回					
	時間外	回					
	休日 深夜	回					
13	医学管理						
14 在宅	往診	回					
	夜間	回					
	深夜・緊急	回					
	在宅患者訪問診療 その他 薬剤	回					
20 投薬	21 内服薬剤	単位					
	内服調剤	回					
	22 屯服薬剤	単位					
	23 外用薬剤	単位					
	外用調剤	回					
	24 調剤	日					
	25 処方	回					
30 注射	31 皮下筋肉内	回					
	32 静脈内	回					
	33 その他	回					
40	処置 薬剤	回					
50	手術・麻酔 薬剤	回					
60	検査・病理 薬剤	回					
70	画像診断 薬剤	回					
80	その他 薬剤						
90 入院	入院年月日 年 月 日		<b>合計（請求点数）</b>		<b>点</b>		
	病	診	90 入院基本料・加算		97 食事・生活 環境	円 ×	回
			×	日		円 ×	回
			×	日		円 ×	日
	92 特定入院料・その他		円 ×	日			
			基準（生）	円 ×	回		
		特別（生）	円 ×	回			
		減・免・猶・I・II・3月超					
<b>合計（請求額）</b>				<b>円</b>			

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】**
- 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。
  - 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。
  - 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)。