

K0304-B(A)

| | | | |
|--------------|--------------|------|-----|
| 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 |
| | | | |

該当する方に
○印をつける

療養費 支給申請書(A)

(医療費 10 割負担等)

(注意事項)

| | |
|----------------------|--|
| 事業主(所)記載欄 適用事業所記号 | |
|----------------------|--|

健保担当の方が
記入願います

| | | | | |
|------|-----|-------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | グループ長 | 主務者 | 担当者 |
| | | | | |

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(22)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」を相手がいる場合は「第三者行為による傷害届」を必ず提出してください。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---------------|--|-------------|---------------------------|---|---------------|---|--------------------------|---------------|------------------|----------------|-------------------|-------|
| 会社名 | 東芝〇〇(株) | | 被保険者証 記号 番号 | | | | | | | 被保険者氏名 | | | | |
| | 〇〇部〇〇課 | | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 東芝 太郎 | |
| 所属 | | | 生年月日 | | | | | | | S・H XX年XX月XX日 | | | | |
| 申請が被扶養者に関するとき | 氏名 | 東芝 花子 | | 生年月日 | | | | | | | S・H・R XX年XX月XX日 | 被保険者との続柄(詳細に) | 妻 | |
| 傷病名 | 右足首捻挫 | | | 発病または負傷の年月日 | | | H・R XX年XX月XX日 | | | | | | | |
| 発病または負傷の原因(詳しく) | 階段を踏み外したため | | | 受診した医療機関名 | | | △△病院 | | | | | | | |
| 診療期間 | H・R XX年XX月XX日～H・R XX年XX月XX日 (XX日間) | | | | | | | | | | | | | |
| 診療に要した費用の額 | 25,000 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 checked="" 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 | 加害者がいる場合は記入する | | | | | | | | | 氏名 | | | |
| 給付金受取方法 (注意事項1・2参照) | 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 XX年 XX月 XX日 | 被保険者氏名 | 東芝 太郎 |
| | B.個人への直接支給 *退職(予定)者のみ可 | | 【振込先】 | | ゆうちょ銀行不可 | | 銀行 | | 在職者は委任状に記名が必要(振込先の記入は不要) | | | 当座 | | |
| 【退職日】 | H・R 年 月 日 | | 退職者用 | | 口座番号 | | 名義人 | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | 令和 XX年 XX月 XX日 | | | |
| 〒 999-9999 | | | | | | | | | | | 住所 | | 神奈川県川崎市〇〇区△△町××番地 | |
| 被保険者 氏名 | | | | | | | | | | | 東芝 太郎 | | | |
| 電話 | | | | | | | | | | | XXX - XXX - XXXX | | | |
| 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 | 処置 | 回 | | | | | |
| 40 処 | 薬剤 | | | | | | |
| 50 手 | 手術・麻酔 | 回 | | | | | |
| 50 手 | 薬剤 | | | | | | |
| 60 検 | 検査・病理 | 回 | | | | | |
| 60 検 | 薬剤 | | | | | | |
| 70 画 | 画像診断 | 回 | | | | | |
| 70 画 | 薬剤 | | | | | | |
| 80 他 | その他 | | | | | | |
| 80 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 | | 97 食事・生活 | 基準 特別 食堂 環境 | 円 × 回 |
| | | | × | 日 | | | 円 × 回 |
| | | | × | 日 | | | 円 × 日 |
| | 92 特定入院料・その他 | | 円 × 日 | 円 × 日 | 基準（生） 円 × 回 | | |
| | | | | | 特別（生） 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】**
- 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)。