

※ 支 給 支 払 決 議 書	同 年 月 日	令和 年 月 日						常務理事		事務長		担当者	
	決 済 年 月 日	令和 年 月 日											
	支 給 金 額 A + B + C	百万	拾万	万	千	百	十	円					
	支 給 金 額 内 訳	A 法 定 円						取 得 年 月 日		平・令 年 月 日			
		B 付 加 円						喪 失 年 月 日		令和 年 月 日			
		C 食 事 円						第 三 者 行 為		該 当 ・ 不 該 当			
	支 給 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間											
備 考	受付日付印												

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¹
☐被保険者
☐家 族

療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	2 被 保 険 者 の 番 号	—				3 被 保 険 者 氏 名									
	4 被 保 険 者 の 現 住 所	〒										Tel			
	5 資 格 を 取 得 し た 年 月 日	平・令 年 月 日				6 受 診 者	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者（家族）								
	7 上記 6で「受診者が被扶養者（家族）」の場合は、その者の氏名・生年月日・被保険者との続柄を記入してください。														
	被扶養者氏名				生年月日		☐昭和 ☐平成 ☐令和		年 月 日		被保険者 との続柄				
	8 傷 病 名					9 発 病 ま た は 負 傷 年 月 日	平・令 年 月 日								
	10 発 病 の 原 因 お よ び 経 過	原因および経過													
		☐病気 ☐ケガ ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください。 ※負傷の原因が第三者の行為による場合は「第三者行為による傷病届」も提出してください。													
	11 診 療 を 受 け た 医 療 機 関 等 の	名称				所在地									
	12 診 療 を 受 け た 期 間 (この期間に入院をして ていた場合の期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 (令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 入院)													
	13 支 払 っ た 金 額	円				14 診 療 内 容									
	15 療 養 費 支 給 申 請 理 由														
	16 振 込 先 指 定 口 座 ※被保険者本人名義	金融機関名				支店名									
		口座番号				口座名義人									
	17 事例により添付が必要となる書類です。 請求される前に必ず 確認してください。	A 立替払等 ☐ 「診療報酬明細書」と「領収書原本」 ※医療機関等が発行した診療報酬明細書（レセプト）を添付してください。ただし、申請書2・3・4枚目に医療機関等の証明をもらっても可。なお、会計の際に発行された診療明細書（診療内訳）とは異なりますのでご注意ください。 ※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ください。													
		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ください。（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ください。													
		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」を添付してください。 ※小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は、医師の「眼鏡等作成指示書」を添付してください。なお、「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)」も添付してください。 ※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」を添付してください。 ※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ください。													

【留意事項：申請者（被保険者）殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者（被保険者）の署名が必要となります。
※海外で診療を受けた場合および柔道整復師・鍼灸師の施術による場合は、当組合にご連絡ください。

患者氏名				性別	男 ・ 女		生年月日	昭・平・令 月 日 生	
傷病名		1. 2. 3.			診療期間		令和 年 月 日 から 年 月 日 まで (診療実日数) 日		
初 診		時間外・休日・深夜 回 点			公費分点数				
医学管理									
在 宅									
投 薬	内 服	単位							
	屯 服	単位							
	外 用	単位							
	調 剤	日							
	麻 毒	日							
注 射	皮下筋肉内	回							
	静 脈 内	回							
	そ の 他	回							
処 置	回								
	薬 剤								
手麻術酔	回								
検病査理	回								
	薬 剤								
画診像断	回								
	薬 剤								
そ の 他									
	薬 剤								
入 院	入院年月日 年 月 日					食 事 ・ 生 活	基準	円 ×	回
	病 診	入院基本料・加算 点					特別	円 ×	回
			×	日間			食事	円 ×	日
	×		日間				環境	円 ×	日
	×		日間				基準（生） 円 × 回		
	×		日間			特別（生） 円 × 回			
	特定入院料・その他					減 ・ 免 ・ 猶 ・ I ・ II ・ 3月起			
						合 計	円		
							減額 割（円）免除・支払猶予 （上記のうち公費負担額 円）		

上記のとおり診療（領収）いたしました。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名称

医師氏名

TEL

※診療報酬明細書（レセプト）の発行ができる場合は、上記に証明は不要です。

患者氏名				性別	男・女	生年月日	昭・平・令	月	日	生
傷病名		1. 2. 3.			診療期間	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで (診療実日数) 日				
初診		時間外・休日・深夜			回	点	公費分点数			
再診	再診	×			回					
	外来管理加算	×			回					
	時間外	×			回					
	休日	×			回					
	深夜	×			回					
医学管理										
在宅	往診				回					
	夜間				回					
	深夜・緊急				回					
	在宅患者訪問診療				回					
	その他									
投薬	内服薬剤	×			単位					
	調剤				回					
	屯服薬剤				単位					
	外用薬剤	×			単位					
	調剤	×			回					
注射	処方	×			回					
	麻毒				回					
	調基									
処置	皮下筋肉内				回					
	静脈内				回					
	その他				回					
手麻酔	薬剤				回					
	薬剤									
検病	薬剤				回					
	薬剤									
画診	薬剤				回					
	薬剤									
その他	処方箋				回					
	薬剤									
合計						円				
						減額 割(円) 免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額 円)				
上記のとおり診療(領収)いたしました。 令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名称 医師氏名 TEL										

※診療報酬明細書(レセプト)の発行ができる場合は、上記に証明は不要です。

患者氏名		性別		男 ・ 女		生年月日		昭・平・令 月 日 生	
保 所 險 在 地 地 医 療 療 及 機 機 関 び の 名 称			保 険 医 氏 名	1. 2. 3. 4. 5.				処方箋受付回数	
								回	
医 師 番 号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤 数量	調剤報酬点数			公費分点数
			医薬品名・規格・用量・剤形・用法			単位薬剤料	調剤料	薬剤料	
	・	・			点		点	点	点
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
	・	・							
摘要									
調 剤 基 本 料		時 間 外 等 加 算		薬 学 管 理 料		合 計	円		
点		点		点			減額 割 (円) 免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額 円)		
上記のとおり調剤 (領収) いたしました。 令和 年 月 日 調 剤 薬 局 所 在 地 調 剤 薬 局 名 称 薬 剤 師 氏 名 TEL									

※調剤報酬明細書 (レセプト) の発行ができる場合は、上記に証明は不要です。

受 取 代 理 人 の 欄	21 本請求書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			
	令和 年 月 日 被 保 険 者 住 所 氏 名			22 被保険者 との関係
	代 理 人 住 所 氏 名			
23 振 込 先 指 定 口 座 ※ 代 理 人 名 義		金融機関名	支店名	
		口座番号 (普通預金)	口座名義人 (カタカナ)	