

※ 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					療養費支給申請書記入例		
	支 給 金 額	百万	拾万	万	千	百			
	A + B + C								
	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	当組合記入欄							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	123 - 45678		3 被 保 険 者 氏 名	健保 拓哉			
	4 被 保 険 者 の 現 住 所	〒105-0000 東京都港区●●●1-2-3 フォーラム123 Tel 080-0000-0000						
	5 資 格 を 取 得 し た 年 月 日	平・令 2 年 4 月 1 日		6 受 診 者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 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	健保 桜		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 5 年 10 月 20 日 <input type="checkbox"/> 令和	被保険者との続柄	妻
	8 傷 病 名	腰椎椎間板ヘルニア		9 発 病 ま た は 負 傷 年 月 日	平・令 3 年 4 月 7 日			
	10 発 病 の 原 因 お よ び 経 過	<input checked="" type="checkbox"/> 病気 原因および経過 持病の腰痛が悪化し、下肢に激痛や痺れが生じ、現在に至る。 <input type="checkbox"/> 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	★★★病院		所在地	東京都港区●●●7-8-9		
	12 診 療 を 受 け た 期 間 （この期間に入院をしていた場合の期間）	令和 3 年 4 月 7 日 から 令和 3 年 4 月 7 日 まで 1 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	30,899 円		14 診 療 内 容	腰椎装具装着			
	15 療 養 費 支 給 申 請 理 由	治療用装具を作成したため						
	16 振 込 先 指 定 口 座 ※被保険者本人名義	金融機関名	●▲■銀行		支店名	▲■★支店		
		口座番号	1234567		口座名義人	ケンポ タクヤ		
	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 <input type="checkbox"/> 「診療報酬明細書」と「領収書原本」 被保険者が記入してください ※記入漏れのないようにお願いします C 治療用装具 <input type="checkbox"/> 「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			公費点分数																																									
医学管理																																														
在 宅																																														
投 薬	内 服			<div>立替払等の場合 医療機関に証明を貰ってください ※診療報酬明細書（レセプト）を 添付できる場合は不要です。 ※領収時に発行される診療明細書と は違いますのでご注意ください</div>																																										
	屯 服																																													
	外 用																																													
	調 剤																																													
	麻 毒 基																																													
注 射	皮下筋肉内 静 脈 内 そ の 他																																													
処 置	薬 剤																																													
手麻 術酔	薬 剤																																													
検病 査理	薬 剤																																													
画診 像断	回 薬 剤																																													
そ の 他	薬 剤																																													
入 院	入院年月日 年 月 日			<table><tr><td rowspan="5">食 事 ・ 生 活</td><td>基準</td><td>円 ×</td><td>回</td></tr><tr><td>特別</td><td>円 ×</td><td>回</td></tr><tr><td>食事</td><td>円 ×</td><td>日</td></tr><tr><td>環境</td><td>円 ×</td><td>日</td></tr><tr><td>基準（生）</td><td>円 ×</td><td>回</td></tr><tr><td>特別（生）</td><td>円 ×</td><td>回</td></tr><tr><td colspan="3">減 ・ 免 ・ 猶 ・ I ・ II ・ 3月起</td></tr><tr><td colspan="2">合計</td><td colspan="2">円</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">減額 割（円）免除・支払猶予 （上記のうち公費負担額 円）</td></tr></table>													食 事 ・ 生 活	基準	円 ×	回	特別	円 ×	回	食事	円 ×	日	環境	円 ×	日	基準（生）	円 ×	回	特別（生）	円 ×	回	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）	
	食 事 ・ 生 活	基準	円 ×															回																												
		特別	円 ×															回																												
		食事	円 ×															日																												
		環境	円 ×															日																												
		基準（生）	円 ×														回																													
	特別（生）	円 ×	回																																											
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）																																												
病	診	入院基本料・加算 点																																												
		× 日間																																												
		× 日間																																												
		× 日間																																												
		× 日間																																												
		× 日間																																												
		特定入院料・その他																																												

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	<div>立替払等の場合 医療機関に証明を貰ってください ※診療報酬明細書（レセプト）を 添付できる場合は不要です。 ※領収時に発行される診療明細書と は違いますのでご注意ください</div>																	
	外来管理加算																		
時間外																			
休日																			
	深夜																		
医学管理																			
在宅	往診																		
	夜間																		
	深夜・緊急																		
	在宅患者訪問診療																		
	その他																		
	薬剤																		
投薬	内服	薬剤	調剤	単位															
	屯服	薬剤	調剤	単位															
	外用	薬剤	調剤	単位															
	処方	薬剤	調剤	単位															
	麻毒																		
	調基																		
注射	皮下筋肉内	回																	
	静脈内	回																	
	その他	回																	
処置	薬剤	回																	
手麻酔	薬剤	回																	
検病	薬剤	回																	
査理	薬剤	回																	
画診	薬剤	回																	
像断	薬剤	回																	
その他	処方箋	回																	
	薬剤	回																	
<div>合計</div>																			
<div>円</div>																			
<div>減額 割（円）免除・支払猶予</div>																			
<div>（上記のうち公費負担額 円）</div>																			

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。

調剤報酬明細書

立替払用

患者氏名		性別		男 ・ 女		生年月日		昭・平・令 月 日 生	
保険 所 在 地 療 養 機 関 の 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	
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
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 代 理 人 氏 名				22 被保険者 との関係	
	給付金に関する受領 (対象者が死亡の場合等) を代理人に委任する場合に記入してください					
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)		