被保険者
家　族

療　養　費　支　給　申　請　書

被保険者	記号		番号		枝番	00	事業所名	
	フリガナ						【被保険者】住　所 連絡先	〒　　電話
	氏名							
	健保組合に登録されている被保険者の口座に振込します。公金受取口座を希望する場合は下記に☑を入れてください。 ☐ 被保険者の「公金受取口座」への振込を希望します。※口座情報を取得できない場合は健保組合の登録口座に振込します。							

療養の内容	受診者氏名		枝番		生年月日	年　月　日		
	傷病名 ※注[1]	1) 2) 3)	傷病コード			療養開始日		
	※注[1] 傷病名が外傷(怪我)の場合、負傷原因届を併せて提出してください。					負傷原因確認　☐		
	発病・負傷日	令和　年　月　日	第三者行為によるものか	☐ はい	☐ いいえ			
	発病又は負傷の原因・経過							
	医療機関	名称						
		所在地						
		医師名 薬剤師名						
	診療期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日				日		
	入院外来の別	☐ 外来	☐ 入院	療養に要した費用の額		円		
	申請理由	☐ 過去の健康保険を使用		☐ 資格手続き中の受診				
		☐ マイナ保険証の紛失・不所持		☐ 移植用臓器等の搬送等				
		☐ その他　[　　]						
	備考							

＜申請にあたっての注意事項＞
・申請書は暦月を単位として作成してください。
・申請書は病院ごと、薬局ごと、入院と外来を分けて作成してください。
・医師名、薬剤師名が不明の場合は、空欄にしてください。
＜添付書類＞
・領収書（原本）
・診療（調剤）報酬明細書［レセプト］又は、別紙【領収（診療）明細書】
・負傷原因届（怪我をした方のみ）
＜支給方法＞
・振込は被保険者の公金受取口座もしくは健保組合へ登録されている口座になります。
・健保組合に口座が未登録の場合は【被保険者預金口座確認書】を提出してください。

≪注意≫『診療明細書』は傷病名の記載がない為、添付書類として使用できません！！

首都圏デジタル産業健康保険組合

被保険者
家　族

療　養　費　支　給　申　請　書

被保険者	記号	9999	番号	9999	枝番	00	事業所名 ㈱健保企画
	フリガナ	ケンポ　タロウ				【被保険者】住所 連絡先	〒 220-0004　電話 090-0000-0000
	氏名	健保　太郎					横浜市西区北幸〇 - 〇〇 - 〇〇

健保組合に登録されている被保険者の口座に振込します。公金受取口座を希望する場合は下記に☑を入れてください。

☐ 被保険者の「公金受取口座」への振込を希望します。※口座情報を取得できない場合は健保組合の登録口座に振込します。

療養の内容	受診者氏名	健保　二郎	枝番	03	生年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	傷病名 ※注[1]	1）急性上気道炎 2） 3）	傷病コード		療養開始日	
	※注[1] 傷病名が外傷(怪我)の場合、負傷原因届を併せて提出してください。				負傷原因確認	☐
	発病・負傷日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	第三者行為によるものか	☐ はい	☑ いいえ	
	発病又は負傷の原因・経過	旅先で体調を崩し発熱				
	医療機関	名称	総合健保病院			
		所在地	横浜市西区南幸〇－〇－〇〇			
		医師名 薬剤師名	医師　三郎			
	診療期間	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ～ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			〇〇 日	
	入院外来の別	☑ 外来	☐ 入院	療養に要した費用の額	〇〇,〇〇〇 円	
	申請理由	☐ 過去の健康保険を使用		☐ 資格手続き中の受診		
		☑ マイナ保険証の紛失・不所持		☐ 移植用臓器等の搬送等		
		☐ その他 [ ]				
	備考					

＜申請にあたっての注意事項＞
・申請書は暦月を単位として作成してください。
・申請書は病院ごと、薬局ごと、入院と外来を分けて作成してください。
・医師名、薬剤師名が不明の場合は、空欄にしてください。
＜添付書類＞
・領収書（原本）
・診療（調剤）報酬明細書［レセプト］又は、別紙【領収（診療）明細書】
・負傷原因届（怪我をした方のみ）
＜支給方法＞
・振込は被保険者の公金受取口座もしくは健保組合へ登録されている口座になります。
・健保組合に口座が未登録の場合は【被保険者預金口座確認書】を提出してください。

≪注意≫『診療明細書』は傷病名の記載がない為、添付書類として使用できません！！

領収　（診療）　明細書

患者名		性別	男	女	生年月日	年　月　日

傷病名		診療期間	
	1）		年　月　日 から
	2）		年　月　日 まで
	3）		（診療実日数）　日

入　院　外				入　院			
初診		回	点	初診		回	点
再診	再　診	回	点	医学管理			点
	外来管理加算	回	点	在宅			点
	時間外	回	点	投薬	内　服	単	点
	休　日	回	点		屯　服	単	点
	深　夜	回	点		外　用	単	点
医学管理			点		調　剤	日	点
在　宅			点		麻　毒	日	点
投薬	内服薬材	単	点		調　基		点
	内服調剤	回	点		そ の 他		点
	屯服薬材	単	点	注射	皮下筋肉内	回	点
	外用薬剤	単	点		静　脈　内	回	点
	外用調剤	回	点		そ　の　他	回	点
	処　方	回	点		薬剤料減点		点
	麻　毒	回	点	処　置		回	点
	調　基	回	点	手　術		回	点
注射	皮下筋肉内	回	点	麻　酔		回	点
	静　脈　内	回	点	検査・病理		回	点
	そ　の　他	回	点	画像診断		回	点
処　置		回	点	そ の 他			点
手　術		回	点	入院基本料		日	点
麻　酔		回	点	特定入院料・その他		日	点
検査・病理		回	点	食　事		回	円
画像診断		回	点	生　活		日	円
そ の 他		回	点	環　境		日	円

詳細		入院年月日	年　月　日

合計	円	公費負担	円

上記のとおり相違がないことを証明します。　　令和　　年　　月　　日

医療機関所在地

医療機関名称

担当医師名

電話番号

※診療報酬明細書（レセプト）を添付できない場合にご利用ください。尚、書類の作成料・証明料は療養費の対象外です。

首都圏デジタル産業健康保険組合