

| | | | | | |
|--------|--------------------|---|------------|----------------|--|
| 被保険者情報 | 被保険者証の記号番号 | 記号 ●● | 番号 ×××× | 所属事業所及び部署名 | 〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(999) |
| | 氏名 | カガナ ケンポ タロウ 健保 太郎 | | 生年月日 | 昭和 ●●年●●月●●日 平成 |
| | 申請者住所電話番号等(日中の連絡先) | 〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345 | | | |
| | 社員番号 | 1234567 | メールアドレス | 〇〇△△@〇〇〇.ne.jp | |

| | | | | |
|----------------|--------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------|
| 申請内容 | 受診者(該当に○) | 本人(被保険者)・家族(被扶養者) | 受診者氏名 | 健保 太郎 |
| | 傷病名 | インフルエンザ | 受診者の生年月日 | 昭和 ●●年●●月●●日 平成 |
| | 発病の原因および経過 | 高熱のため、急きょ旅行先の病院で受診した。 | | |
| | 診療を受けた医療機関名称 | 〇〇医院 | 診療を受けた医療機関住所 | 福岡県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 |
| | 診療を受けた期間 | 令和 ●●年●●月●●日から ●●日 令和 ●●年●●月●●日から ●●日 | 左記の期間に入院をしていた場合はその期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで |
| | 療養に要した費用 | 12,000 円 | 診療の内容 | 診察および投薬を受けた |
| | 療養費の支給申請の理由(該当に○) | 1. 入社したばかりで被保険者証が届いていなかったため 2. 被保険者証を持っていなかったが急病でやむを得ず医療機関にかかったため 3. 以前の被保険者証を使用したため 4. その他() | | |
| 交通事故等第三者が原因ですか | いいえ はい ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。 | 業務上、通勤途上によるものですか | いいえ はい ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。 | |

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

| | | | |
|-----|--|----|--|
| 委任状 | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 | | |
| | 被保険者(申請者) | 氏名 | |
| | 代理人(実際に給付を受領する者) | 氏名 | |

| | | | | |
|-------|---------|-------------------|------------|----------------------|
| 振込先情報 | 金融機関コード | 1234 | 支店コード | 123 |
| | 金融機関名称 | ●● | 銀行 信用金庫 | ●● 本店 支店 |
| | 預金種別 | 普通 口座番号 当座 () | 1234567 | 口座名義(カタカナ) ケンポタロウ |

【添付書類】

- 診療報酬明細書(レセプト)(原本) ※レセプトの添付が不可能な場合は2枚目の領収(診療)明細書に医師の証明をもらってください。
- 領収書(原本)

| | | |
|----|--|--|
| 備考 | 個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要) | |
| | ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点 | |

受付日付印

領収(診療)明細書(医師の証明)

※診療報酬明細書(レセプト)の添付が不可能な場合に提出してください。

患者
傷病

医療機関から診療報酬明細書(レセプト)を発行してもらえない場合には、医療機関に「領収(診療)明細書」の証明を依頼してください。

| 診療項目 | 回数 | 点 | 入院 | 入院年月日 | | | | | | |
|----------|--------|---|------|---------------|----------|----|---|---|---|---|
| | | | | 年 | 月 | 日 | | | | |
| 初診 | 初診 | 回 | 点 | 病診 | 入院基本料・加算 | | | | | |
| | 時間外 | 回 | 点 | | × | 日間 | 点 | | | |
| | 休日 | 回 | 点 | | × | 日間 | 点 | | | |
| | 深夜 | 回 | 点 | | × | 日間 | 点 | | | |
| 再診 | 再診 | 回 | 点 | | × | 日間 | 点 | | | |
| | 外来管理加算 | 回 | 点 | | × | 日間 | 点 | | | |
| | 時間外 | 回 | 点 | | × | 日間 | 点 | | | |
| | 休日 | 回 | 点 | | × | 日間 | 点 | | | |
| | 深夜 | 回 | 点 | 特定入院料・その他 | | | | | | |
| 医学管理 | | 点 | 食事生活 | 基準 | 円 | × | 回 | | | |
| 在宅 | | 点 | | 特別 | 円 | × | 回 | | | |
| | | 点 | | 食事 | 円 | × | 回 | | | |
| | | 点 | 環境 | 円 | × | 回 | | | | |
| 投薬 | 内服 | 単 | 点 | 基準(生) | | | | 円 | × | 回 |
| | 屯服 | 単 | 点 | 特別(生) | | | | 円 | × | 回 |
| | 外用 | 単 | 点 | 減・免・猶・I・II・3月 | | | | | | |
| | 処方 | 回 | 点 | | | | | | | |
| | 麻毒 | 回 | 点 | | | | | | | |
| 調基 | | 点 | | | | | | | | |
| 注射 | 皮下筋肉内 | 回 | 点 | | | | | | | |
| | 静脈内 | 回 | 点 | | | | | | | |
| | その他 | 回 | 点 | | | | | | | |
| 処置 | 処置 | 回 | 点 | | | | | | | |
| 手術 麻酔 | 手術 | 回 | 点 | | | | | | | |
| | 麻酔 | 回 | 点 | | | | | | | |
| 検査 | 検査・病理 | 回 | 点 | | | | | | | |
| 画像診断 | | 回 | 点 | | | | | | | |
| その他 | | 回 | 点 | 合計 | | | | | 円 | |

上記のとおり領収(診療)しました。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関の名称

医師の氏名

医療機関電話番号

()

健康保険 被保険者
被扶養者 療養費支給申請書【治療用装具・治療用眼鏡等】

| | | | | | |
|--------|--------------------|---|------------|------------|--|
| 被保険者情報 | 被保険者証の記号番号 | 記号 ●● | 番号 ×××× | 所属事業所及び部署名 | 〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(999) |
| | 氏名 | フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎 | | 生年月日 | 昭和 ●●年●●月●●日 平成 |
| | 申請者住所電話番号等(日中の連絡先) | 〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345 | | | |
| | 社員番号 | 1234567 | | メールアドレス | 〇〇△△@〇〇〇.ne.jp |

| | | | | | | |
|------|----------------|--|----------------------|----------------------------|--|--|
| 申請内容 | 受診者(該当に○) | 本人(被保険者)・ 家族(被扶養者) | 受診者氏名 | 健保 花子 | | |
| | 傷病名 | 右上腕骨折 | | 受診者の生年月日 | 昭和 ●●年●●月●●日 平成 | |
| | 発病の原因および経過 | 自宅の階段から落ちて骨折した | | 発病または負傷年月日 | ●●年●●月●●日 | |
| | 診療を受けた医療機関名称 | 〇〇医院 | | 診療を受けた医療機関住所 | 福岡県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 | |
| | 診療を受けた期間 | 令和 ●●年●●月●●日から ●●日 令和 ●●年●●月●●日まで | 左記の期間に入院をしていた場合はその期間 | 令和 年 月 日から 日 令和 年 月 日まで | | |
| | 治療用装具等費用 | 28,000 円 | | 治療用装具等装着日 | 令和 ●●年●●月●●日 | |
| | 診療の内容 | 1. 治療用装具の装着 2. 治療用眼鏡等の作成 3. その他() | | | | |
| | 交通事故等第三者が原因ですか | いいえ はい ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。 | | 業務上、通勤途上によるものですか | いいえ はい ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。 | |

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

| | | | | |
|-----|-------------------------------|----|--|----------|
| 委任状 | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 | | | 令和 年 月 日 |
| | 被保険者(申請者) | 氏名 | | |
| | 代理人(実際に給付を受領する者) | 氏名 | | |

| | | | | | |
|-------|---------|---|------|------------|----------------------|
| 振込先情報 | 金融機関コード | 1234 | | 支店コード | 123 |
| | 金融機関名称 | ●● | | 銀行 信用金庫 | ●● 本店 支店 |
| | 預金種別 | 普通 当座 () | 口座番号 | 1234567 | 口座名義(カタカナ) ケンポタロウ |

■添付書類

【治療用装具の場合】

1. 医師の証明書・指示書または診断書(原本)
2. 領収書(原本)
3. 装具装着確認書(作製した靴型装具の写真)

【治療用眼鏡等の場合】

1. 医師による治療用眼鏡等の作成指示書等
2. 患者の検査結果
3. 領収書(原本)

| | | | |
|----|---|--|-------|
| 備考 | 個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要) | | 受付日付印 |
| | ※マイナンバーをご記入いただいた場合は個人番号確認、身元確認のため以下の2種類の書類を添付してください。 ①個人番号通知カードまたは個人番号記載の住民票の写し ②運転免許証またはパスポートの写し | | |

大同生命健康保険組合