

記入例

健康保険 療養費請求書(立替払)

※暦月別、医療機関別、入院、外来別に1枚づつ記入してください。

| | | | | | | | |
|----------------------------------|--|---|-------|---|-------------------------------|---|--------|
| 被保険者情報 | 被保険者等 記号・番号 | 1324 - 10XX | 社員No. | 2400XX | 記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。 | | |
| | 被保険者 氏名 | 健保 宇宙 | 生年月日 | 昭 和 15年 1月 1日 | 電話番号 (日中の連絡先) | 0XX (0000 0000) | |
| | 住所 | 〒 000 - 12XX 〇〇市×〇区××町29-5-31 〇〇台マンション311 | | | | | |
| 被保険者(申請者)記入欄 | 受診者 | 健保 宇宙 | 続柄 | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者) | 生年月日 | 昭 和 15年 1月 1日 | |
| | 傷病名 | アレルギー性鼻炎 | | | 発病または 負傷年月日 | 令和 5年5月6日 | |
| | 発病の原因 および経過 | <input checked="" type="checkbox"/> 病气 (発病時の状況) 急に目がかゆくなって、くしゃみが出てきて止まらなくなった | | | | <input type="checkbox"/> ケガ ※別紙の「負傷原因 届」を記入ください。 | |
| | 診療を受けた 医療機関等の 名称 | 〇×田耳鼻咽喉科 | 所在地 | 〇〇市××区〇×町1-1-1 ▲ビル2F | | 医師名 | 〇×田 太郎 |
| | 名称 | 2525×薬局 | 所在地 | 〇〇市××区〇×町1-1-1 ▲ビル1F | | 医師名 | |
| 診療を 受けた期間 | 令和 5年 5月 6日～令和 5年 5月 6日迄 1日間 | | | <input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 | 診療に 要した費用 | 7,217 円 | |
| 診療の内容 | アレルギー検査をして、薬を処方してもらった | | | | | | |
| 療養費を 申請する理由 (該当のものに○) | ① 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため ② 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため ③ 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため | | | | | | |
| 本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領を事業主に委任します。 | | | | | 令和 5年 6月 30日記入 | | |
| 氏名 (申請者) | | 健保 宇宙 | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|------|--|-------------|--|
| 振込先口座 | ◆資格喪失者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。(「振込銀行口座」が確認できる通帳の写しを添付) | | | | | |
| | 金融機関コード | | | | 店番号 | |
| | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> () | | | <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 | | |
| □マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します (注)口座情報の反映には数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 | | | 口座番号 | | 口座名義(かてで記入) | |
| 普通 | | | | | | |

| | |
|--|---|
| 【添付書類 (原本を添付)】 | |
| ①申請理由が「1」または「2」による受診の場合 <input type="checkbox"/> 医療機関発行の傷病名の記載がある診療報酬明細書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 調剤薬局が発行した領収書・明細書の原本 注) 上記のものが無い場合は健保書式の領収(診療/調剤)明細書 | ②申請理由が「3」の返還請求の場合 (他健保の保険証の使用による受診) <input type="checkbox"/> 他健保が発行した診療報酬明細書(コピー) <input type="checkbox"/> 他健保が発行した領収書 |

【請求書提出先】
人事総務G

※消えるボールペン等の筆記用具で記入、修正テープは使用しないでください。
 ※「被保険者等記号番号、被保険者氏名」は「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」に記載されているものを記入してください。
 ※訂正部分は二重線で抹消し、被保険(申請)者の訂正印またはサインが必要です。

| | | | | | | |
|--------|--|--------|--|--|--|--|
| 事業主証明欄 | 上記のとおり相違ないことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。 | | | | | |
| | 令和 年 月 日証明 | 事業所所在地 | | | | |
| | | 事業所名称 | | | | |
| | | 事業主氏名 | | | | |

| | | |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
| | | |

| | | | |
|-------|--------|-------|-------|
| 資格取得日 | 年 月 日 | 資格喪失日 | 年 月 日 |
| 期 間 | 年 月 日～ | 年 月 日 | 日入・外 |
| | 年 月 日～ | 年 月 日 | 日入・外 |

健康保険 療養費請求書(立替払)

※暦月別、医療機関別、入院、外来別に1枚ずつ記入してください。

| | | | | | | | | |
|--|-----------------------------|---|----------------|--|--|------------------|---|-------|
| 被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 記 入 欄 | 被保険者等 記号・番号 | 1324 - | 社員No. | - | 記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。 | | | |
| | 被保険者 氏 名 | | 生年月日 | 昭 平 令 | 年 月 日 | 電話番号 (日中の連絡先) | () | |
| | 住 所 | 〒 - | | | | | | |
| | 受 診 者 | | 続柄 | <input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者) | | 生年月日 | 昭 平 令 | 年 月 日 |
| | 傷 病 名 | | 発病または 負傷年月日 | 令和 | 年 月 日 | | | |
| | 発病の原因 および経過 | <input type="checkbox"/> 病気 (発病時の状況) | | | | | <input type="checkbox"/> ケガ ※別紙の「負傷原因 届」を記入ください。 | |
| | 診療を受けた 医療機関等の 名称 | | 所在地 | | | 医師名 | | |
| | 診療を受けた期間 | 令 年 月 日～ | 令 年 月 日迄 | 日間 | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 | 診療に 要した費用 | 円 | |
| | 診療の内容 | | | | | | | |
| | 療養費を 申請する理由 (該当のものに○) | 1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため 2. 資格確認書の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため | | | | | | |
| 本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日記入 氏 名 (申請者) | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|----------------------|--|--|--|-----|--|--|--|
| 振 込 先 口 座 | ◆資格喪失者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入 ください。(「振込銀行口座」が確認できる通帳の写しを添付) ※被保険者死亡のため相続人が請求者となる場合、被保険者との続 柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)を必ず添付。(死亡時に相 続人が健保の被扶養者であった場合は不要) <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します 注)口座情報の反映には数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、 公金受取口座を利用できません。 | 振込銀行口座(※請求者名義の口座に限る) | | | | | | | |
| | 金融機関コード | | | | | 店番号 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 銀 行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> () | | | | | | <input type="checkbox"/> 本 店 <input type="checkbox"/> 支 店 <input type="checkbox"/> 出張所 | | |
| | 口 座 番 号 | | | | | | 口座名義(かてで記入) | | |
| 普通 | | | | | | | | | |

【添付書類(原本を添付)】

①申請理由が「1」または「2」による受診の場合

- 医療機関発行の**傷病名の記載がある診療報酬明細書**
- 領収書
- 調剤薬局が発行した領収書・明細書の原本
- 注) 上記のものが無い場合は健保書式の領収(診療/調剤)明細書

②申請理由が「3」の返還請求の場合

- (他健保の保険証の使用による受診)
- 他健保が発行した診療報酬明細書(コピー)
- 他健保が発行した領収書

【請求書提出先】

人事総務G

※消えるボールペン等の筆記用具で記入、修正テープは使用しないでください。

※「被保険者等記号番号、被保険者氏名」は「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」に記載されているものを記入してください。

※訂正部分は二重線で抹消し、被保険(申請)者の訂正印またはサインが必要です。

| | |
|----------------------------|--|
| 事 業 主 証 明 欄 | 上記のとおり相違ないことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。 |
| | 令和 年 月 日証明 |
| | 事業所所在地 |
| | 受任者 事業所名称 |
| | 事業主氏名 |

健保書式・診療

医療機関発行の傷病名の記載がある診療報酬明細書と領収書がない場合に使用

以下、診療担当医の診療または手当の内容を記入

領収(診療)明細書

記載日: 年 月 日

Header information area including patient name, address, medical institution name, doctor name, and telephone number. Includes a large blank space for the amount received (¥ _____).

Table with 5 columns: 傷病名, 診療または手当の期間, 自至 (year, month, day), 診療実日数, 日間

Main table for medical services with columns for item number, description, unit, and amount. Includes items like 11.初診, 12.再診, 13.医学管理, 14.在宅, 20.投薬, 30.注射, 40.処置, 50.手術, 60.検査, 70.画像, 80.その他.

Table for hospitalization (90.入院) with columns for admission period, charges, and food/life care costs.

Table for medical benefits (療養の給付) with columns for request amount and standard burden amount.

Summary row for total determined amount (査定決定金額) with a large blank space for the amount (¥ _____).

健保書式・調剤

調剤薬局が発行した領収書・明細書の原本がない場合に使用

以下、調剤担当者の調剤の内容を記入

領 収 (調 剤) 明 細 書

記載日: 年 月 日

| | |
|---|---|
| 〒 _____ _____ 年 月 日に上記金額領収しました。 _____ 様 | 住所(所在地) 薬 局 名 薬剤師名(代表者名) ㊞ 電 話 () |
|---|---|

| 保険 名 称 機 関 | | 保 険 医 氏 名 | 1 2 3 4 5 | 6 7 8 9 10 | 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 | | |
| | | | 医薬品名・規格・用量・剤型・用法 | 単位薬剤料 | | 調剤料 | 薬剤料 | 加算料 |
| | . | . | | | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| | . | . | | | | | | |
| 摘要 | | | | | | | | |
| 合計 | 円 | | | 調剤基本料 円 | 時間外等加算 円 | 薬学管理料 円 | | 円 |
| 査定決定金額 | 〒 _____ | | | | | | | |

