

① 被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	記 号	番 号	② 被 保 険 者 (申 請 者) 氏 名	フリガナ	
③ 被 保 険 者 (申 請 者) 住 所	〒 -			日中の連絡先 ()	
④ 生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日	⑤ 事業所名称
⑥ 療養が被扶養者に関するとき	氏名			生年月日	昭和 平成 令和
⑦ 傷 病 名					
⑧ 発病または負傷の年月日	平成 令和	年	月	日	⑨ 発病または負傷の原因
⑩ 診療を受けた医療機関等	名 称			医師名	
	所在地				
⑪ 診療の内容					
⑫ 診療を受けた期間	平成 令和	年	月	日	から 平成 令和
⑬ ⑫の期間に入院していた場合はその期間	平成・令和	年	月	日	から
	平成・令和	年	月	日	まで
⑭ 療養に要した費用					円
⑮ 療養の給付を受けることができなかった理由 (いずれかに○をしてください)	1. 発行された保険証が届いてなかったため 2. 保険証を持っていなかったため (理由:) 3. 誤って前の保険証を使用したため 4. 治療用装具を作成したため 5. その他(理由:)				

被 保 険 者 の 口 座 に 振 込 む 場 合

⑯ 振込先	指 定 銀 行	銀行・金庫・信組・農協 漁協・その他()			本店・支店・代理店 出張所・本所・支所
	口 座 の 種 類	金融機関コード()	支店番号()		
	被 保 険 者 氏 名 (口座名義人)	普通・当座・その他()	口 座 番 号		
	フリガナ				

会 社 に 委 任 す る 場 合

⑰ 委任状	右の者を代理人と定め、上記保険給付金の受領を委任します。				
	被保険者氏名	代理人については、届出済みの「給付金受領代理人・口座届」と同一のものを記入(署名)してください。			代理人氏名

※ 備 考	
-------------	--

受 付

領 収 (診 療) 明 細 書 (その2)

患者名		生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	性別	男・女		
傷病名		診療機関 (実日数)	平成・令和	年	月	日	から	日間		
			平成・令和	年	月	日	まで			
入 院 外				入 院						
初 診	(回数)	(点数)	公費分点数	初 診	(回数)	(点数)	公費分点数			
	時間外・休日・深夜	回	点		時間外・休日・深夜	回	点			
再 診	再診	回		投 薬	内服	単位				
	外来管理加算	回			頓服	単位				
	時間外	回		外用	単位					
	休日	回		調剤	日					
	深夜	回		麻毒	日					
	夜	回		調基	日					
医学管理				皮下筋肉内	回					
住 宅	往診	回		静脈内	回					
	夜間	回		その他	回					
	深夜・緊急	回		処置	回					
	在宅患者訪問	回		薬	回					
	その他	回		剤	回					
投 薬	内服薬	単位		手麻酔	回					
	内服調剤	回		検査	回					
	頓服薬	単位		画診像断	回					
	外用薬	単位		その他	回					
	外用調剤	回		入院	入院年月日	年 月 日				
	処方	回			病 診	入院基本料・加算	点			
	麻毒	回				× 日間				
注 射	皮下筋肉内	回			× 日間					
	静脈内	回			× 日間					
	その他	回			× 日間					
処置	薬	回			特定入院料・その他					
	剤	回		食 事 ・ 生 活	基準	円 × 回				
手麻酔	薬	回			特別	円 × 回				
検査	薬	回		食事	円 × 日					
	剤	回		環境	円 × 日					
画診像断	薬	回		基準(生)	円 × 回					
	剤	回		特別(生)	円 × 回					
その他	処方せん	回		減・免・猶・I・II・3月超						
	薬	回								
合 計			円	合 計			円			
備 考										
上記のとおり領収(診療)いたしました。							令和	年	月	日
医療機関の所在地 医療機関の名称 医療機関の電話番号 医師の氏名										

〔お願い〕 本用紙は、「診療報酬明細書(レセプト)」の発行ができない場合に記載してください。
 すでに申請の対象となる費用について領収書等を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。
 領収(診療)明細書は投与した薬剤名及び検査名、処置名、手術名をレセプト作成時と同様に記載してください。なお、記載欄が不足の場合は、備考欄をお使いください。

健保確認済	
-------	--

記入上のご注意

(確認事項)

- ・ 傷病がケガの場合は「負傷原因届」を申請書に添付してください。
- ・ 傷病が第三者行為によるケガの場合は、申請前に当組合まで連絡をしてください。

(被保険者が記入するところ)

- ・ 標題の「被保険者」・「家族」の文字は、いずれか該当する方を○で囲んでください。
- ・ ①は、健康保険被保険者証に記載されています。
- ・ 「家族療養費」の申請の場合は、⑥に対象者を記入してください。
- ・ 治療用装具の申請の場合は、担当医師が装具を必要と認めた日（指示書に記載）を⑫に記入してください。

(保険給付金の振込先について)

- ・ ⑯または⑰どちらかを選択し、記入してください。
- ・ 振込先が被保険者（申請者）の口座の場合は、⑯のみ記入してください。
- ・ 事業主の選定した保険給付金受領代理人口座へ振込を希望する場合は⑰に記入をしてください。

(添付書類)

治療用装具を作成したとき	<ul style="list-style-type: none">・ 療養を担当した医師が治療上必要と認めた作成指示書 等（原本）・ 実費についての領収書（原本）・ 治療用装具作製の内訳書（原本） 〔装具作製の部品が記載されたもの（例：A-7採寸 等）〕
他の保険者の保険証を使用し医療費の返還を行ったとき	<ul style="list-style-type: none">・ 以前の保険者に支払った医療費の領収書（原本）・ 診療報酬明細書（レセプト） または、以前の保険者からの診療報酬明細書請求文書
医療費を自費で支払ったとき やむを得ない事情により保険証を提示できず自費で受診した場合に療養費が支給されます。	<ul style="list-style-type: none">・ 医療機関に支払った領収書（原本）・ 医療機関発行の診療報酬明細書（レセプト） 〔傷病名の記載のあるもの〕 添付できない場合は「領収（診療）明細書（その2）」に医療機関の証明を受けてください
輸血をしたとき 保存血を輸血した場合は、原則、保険診療の対象となるため療養費を請求する必要はありません。	<ul style="list-style-type: none">・ 輸血を認めた医療担当者の証明書・ 血液代金の領収証書

<お問合せ先>

通信機器産業健康保険組合
給付課 TEL 03-3242-5452