

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

記入上の注意
イ、診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当を受けた場合は、
に読み替えて下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 の 記 号 と 番 号		記 号		被 保 険 者 氏 名 と 連 絡 先		TEL					
			番 号				(自 宅 ・ 会 社 ・ 携 帯)					
	事業所の名称			事業所の所在地								
	申請が被扶養者に関するときはその者の			氏 名		生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年 月 日		被保険者 との続柄		
	申 請 理 由 療養の給付を受けることができなかった理由を選んで□にチェックしてください。			☐ 医師の指示により、治療用装具を作成・購入したため。 装具の装着が必要である旨を示した「医師の意見書」と「装具の領収書」それぞれ原本を添付 9 歳未満の弱視斜視等の治療用眼鏡の申請には「指示書」と「眼鏡の領収書」それぞれ原本を添付 尚、靴型装具を作成された場合は、当該装具の写真を添付すること→ 別紙 1 を添付ください メールで写真を送信される場合は、写真（画像）を下記アドレスまで送信ください→ 別紙 2 を確認ください (メールアドレス:sogu@itcrengo.com メール送信日 年 月 日) ☐ 健康保険の手続き中で、医療機関に保険証を提示できなかったため。 医療機関で記入してもらった「診療報酬明細書」と「領収書」それぞれ原本を添付 ☐ 当組合資格取得後または認定後に、前保険者の保険証を使用したため。 前保険者から送付された「診療報酬明細書」と前保険者に支払った「領収書」それぞれ原本を添付 ☐ その他 詳細記入→【								
	傷 病 名					発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日		年 月 日 (負傷の場合は 時頃)				
	発病又は負傷の原因			負傷の原因がケガ（外傷）による場合、別途「負傷原因の回答」にご記入いただき添付して下さい								
	診療を受けた病医院の			名 称		所 在 地						
	診療に従事した医師の			氏 名								
	診 療 の 内 容					傷病の経過 (該当するものに○をしてください)		治 療 中 ・ 完 治 ・ 経 過 観 察 中 その他 ()				
診 療 の 期 間			自 年 月 日 至 年 月 日		日 間		診 療 に 要 した 費 用 の 額		金 円也			
			(装具購入の場合は、装着同意書の日付を記入)					(装具購入の場合は、装具の金額を記入)				
第三者の行為によって 負傷したものであるか 否か			あ る ・ な い		第三者の行為によ って負傷したとき		その事実の届出の有無 第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)		あ る ・ な い			
委 任 状	上記のとおり申請いたします 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 印 被保険者本人が自書した場合は捺印不要											
	振 込 み 口 座	療養費を受取る金融機関 (被保険者名義の口座のみ)										
		銀 行 名 :			銀行・信託銀行 信金・農協・信組			支 店 名 :		支店・本店 出張所		普 通 当 座
		銀行番号 :						店 番 号 :				
口座						(加付) 名 義						
療養費の受取りを事業所に委任する場合												
本請求に基づく給付金に関する受領を (印) 殿に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 (印)												

【 受 付 印 】

領 収 (請 求) 明 細 書

(月 日から 月 日までの分)

氏名		本人	男	昭平令	年生	職務上外の例		上 ・ 外		
		家族	女							
傷病名	(1)					診療開始日	(1)	年	月	日
	(2)						年	月	日	
	(3)						年	月	日	
診察料	初診	回		円	診療実日数		転 帰			
	再診 往診	回 回			日	治ゆ	死亡	中止		
投薬料	内服 屯服 外用 麻薬・毒薬加算	回 回 回		円						
注射料	皮下筋肉内 静脈内 その他	回 回 回		円						
処置料		回 回 回		円						
手麻酔・料		回 回		円						
検査・レントゲン料		回 回 回 回		円						
その他				円						
入院料	病室	基食	看特2	入院年月日	年	月	日			
			入院料（室料・看護料・給食料）	日						
	普食	看特1	食有	×	日間					
			食無	×	日間					
			特食	×	日間					
	診療所	基寝・衣	看1	医食	×	日間				
				外室料・看護料	×	日間				
				泊室料	×	日間				
				入院時医学管理料	×	日間				
				2週間以内	×	日間				
		看2	2週間超 1月以内	×	日間					
			1月超 3月以内	×	日間					
			3月超 ~	×	日間					
		看3								
合 計				円	医療機関の種別		甲 ・ 乙			
					公 費 負 担 額		精神	円		
							結核	円		

(添付書類についての注意)

次の各場合には、右の領収明細書は必要ありません。(一、二、三、六の場合)

一、歯科診療に関する申請のときは、別の診療報酬明細書(歯科)をつけて下さい。

二、輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び、「血液代金の領収証書」をつけて下さい。

三、コルセット・ギプス、義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費についての領収証書」をつけて下さい。

四、領収(請求)明細書の記載は診療報酬明細書に準じて記載して下さい。

五、領収(請求)明細書にかえて診療報酬明細書を使用しても差し支えありません。

六、保険薬局は、領収(請求)明細書にかえて調剤報酬明細書を使用して下さい。

七、入院の場合の部屋代の差額等は記載しないで下さい。

八、すでに申請の対象となる費用について領収証書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下さい。

上記明細書のとおり(-)
平成 年 月 日
医療機関の所在地
名 称
開設者氏名

円を領収しました。
請求します。

印

常務理事	事務長	業務課長	課長代行	業務係長	係

負傷原因の回答

(事業所名)

健康保険証の	記号 番号	被保険者の氏名	(印)			
負傷者の氏名			被保険者との続柄			
連絡先	(自宅・会社・携帯・その他)					
負傷の原因について記入してください。(該当する□にチェック☑してください)						
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	〔負傷日時・場所等〕 1. いつケガ(負傷)しましたか。 平成・令和 年 月 日(曜日) □ 午前・□ 午後 時 分頃 2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。 □ 出勤日・□ 休日(定休日・休暇含む) □ その他() 3. ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか。 □ 勤務時間中・□ 通勤途中(□ 出勤・□ 退勤) □ 出張中・□ 私用・□ その他() 4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。 □ 会社内・□ 道路上・□ 自宅 □ その他() 5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。 □ 交通事故・□ 暴力(ケンカ) □ スポーツ中(□ 職場の行事・□ 職場の行事外) □ 動物による負傷(飼い主 □ 有・□ 無) □ あてはまらない 6. 「上記 5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。 相手 □ 有 → { □ あなたは被害者 □ あなたは加害者 ↓ 加害者へ医療費の 請求をしますか？ □ する □ しない □ 無 □ 不明 相手のいる負傷の場合は、「第三者行為による傷病届」が必要となります。当組合にご連絡をください。			〔受診した医療機関〕 7. 診療を受けた医療機関名とその期間等 医療機関名 _____ 平・令 年 月 ~ 平・令 年 月 □ 治癒 ・ □ 治療中 医療機関名 _____ 平・令 年 月 ~ 平・令 年 月 □ 治癒 ・ □ 治療中 8. 負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。		

注) 労働災害、通勤災害に該当すると思われるときは、この回答を貴社 健保事務担当者へ提示することがありますので、ご承知おき下さい。

受付日付印

治療用靴型装具の写真について

平成 30 年 4 月 1 日から靴型装具に係る療養費支給申請書への添付書類について、当該装具の写真の添付が必要となります。尚、写真の撮影者は、被保険者本人、受診者本人、義肢装具士、事業者等いずれであっても差し支えありません。下記事項をご確認のうえ申請ください。

(1) 撮影方法について

- ・ 購入された靴型装具の付属品等を含む全てを撮影してください
- ・ ロゴやタグ（サイズ表記）がある場合は、その部分も撮影し添付してください
- ・ 中敷き等（靴の中に入れるタイプの装具）がある場合は、靴の中から取り出して撮影してください

(2) 留意事項

- ・ 装具の形状がはっきり確認できない場合は、再提出をお願いする場合があります。
- ・ 靴型装具以外（治療用眼鏡、コルセット等）の申請は当該添付の必要はありません。
- ・ 写真（画像）をメールで送信する場合 は、下記アドレスに添付して送信してください。

メール送信用 sogu@itcrengo.com

メール送信する場合は、別紙 2（治療用靴型装具の写真について（メール送信用））を必ずご確認ください

（撮影日： 年 月 日）

伊藤忠連合健康保険組合

保険証 記号 - 番号	被保険者氏名	受診者氏名
—		
療養費支給申請書に添付の「意見書」及び「装具装着証明書」に記載のある事項		
作成した治療用装具名	意見書の証明日	装着年月日
	年 月 日	年 月 日

写真貼付用

写真が複数枚ある場合は、裏面又は当用紙をコピーしてご利用ください

治療用靴型装具の写真について（メール送信用）

平成 30 年 4 月 1 日から靴型装具に係る添付書類について当該装具の写真の添付が必要となります。

携帯・スマートフォン等で画像データを提出される場合は、送信者管理のため、切り取り線以下の「治療用靴型装具作製確認書」と一緒に画像を撮影したメールをお送りください。尚、写真の撮影者は、被保険者本人、受診者本人、義肢装具士、事業者等いずれであっても差し支えありません。下記事項をご確認のうえ申請ください。

- (1) 撮影方法について
- 購入された靴型装具の付属品等を含む全てを撮影してください
 - ロゴやタグ（サイズ表記）がある場合は、その部分も撮影し添付してください
 - 中敷き等（靴の中に入れるタイプの装具）がある場合は、靴の中から取り出して撮影してください。
- (2) 送信方法について
- 療養費支給申請書一式を健康保険組合に送付した日に、撮影した画像データを下記アドレスまで送信ください。
- 送信先メールアドレス sogu@itcrengo.com
- (3) 留意事項
- 装具の形状がはっきり確認できない場合は、再提出をお願いする場合があります。
 - 靴型装具以外（治療用眼鏡、コルセット等）の申請は当該添付の必要はありません。

----- 切り取り線 -----

治療用靴型装具 作製確認書

（撮影日： 年 月 日）

保険証 記号・番号	被保険者氏名	受診者氏名
—		
療養費支給申請書に添付の「意見書」及び「装具装着証明書」に記載のある事項		
作成した治療用装具名	意見書の証明日	装着年月日
	年 月 日	年 月 日