

資格取得日	平成・令和	年	月	日
資格喪失日	平成・令和	年	月	日
扶養認定日	平成・令和	年	月	日
算出基礎	×			
支給額	円			
支払年月日	令和	年	月	日

支給支払決議書				
常務理事	事務長	経理担当	給付担当	適用担当
備考				



- [1] 被保険者(本人)
 被扶養者(家族)

療養費支給申請書

(各医療機関ごと・診療月ごとに1部必要です)

201905改定

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	[2]被保険者証の 記号・番号	記号	番号	[3]在籍している 事業所名	
	[4]被保険者の 氏名			[5]生年月日	昭和 平成 年 月 日
各 医 療 機 関 ご と と	[6]扶養家族の 申請の場合	氏名		[7]生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	[8]傷病名			[9]発病・負傷の 年月日	平成 令和 年 月 日
診 療 月 ご と に 申 請 が 必 要 で す	[10]状況	<input type="checkbox"/> 業務中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 自宅、自分の不注意 <input type="checkbox"/> その他 ()		[11]詳細 (いつどこで何のために何をしていたか等を詳しく記載してください)	
	[12]診療を受けた 医療機関の名称	(病院名もしくは薬局の名称)		[13]診療で支払った 金額	円
診 療 月 ご と に 申 請 が 必 要 で す	[14]診療を受けた 期間・日数	平成 令和 年 月 日 から	日数	[15]入院していた場合はその期間	平成 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間
	[16]療養の給付を受けることができなかった理由			[17]【添付書類】すべて原本を添付してください ⚠️注意● 提出された領収書・同意書(指示書)等の返却はいたしません。 事前にコピーし保管してください	添付 チェック
診 療 月 ご と に 申 請 が 必 要 で す	<input type="checkbox"/> 資格取得後・認定後に、前に加入していた保険者の保険証を使用した為			① 医療費を返還した前保険者から発行される「診療報酬明細書(レセプト)」	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 健康保険取得手続き中、または保険証を持っていくのを忘れてしまい 医療機関に保険証を提示できなかった為			② 前保険者に支払った際の「領収書」	<input type="checkbox"/>
診 療 月 ご と に 申 請 が 必 要 で す	<input type="checkbox"/> 医師の指示により、治療用装具を作成・購入した為			① 医療機関等より発行される「診療報酬明細書(レセプト)」※ ※傷病名・診療内容が記入されたA4サイズの書類(医療機関に発行依頼し受領ください) 「診療明細書」や「調剤明細書」ではありませんのでご注意ください。	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> その他(詳しい理由:)			② 医療機関等に10割負担で支払った際の「領収書」	<input type="checkbox"/>
診 療 月 ご と に 申 請 が 必 要 で す	[18]被保険者 名義の振込先 金融機関	銀行 信組 本店 金庫 農協 支店 ※ゆうちょ不可 出張所		(フリガナ) (口座名義)	
	預金種別	普通・当座	支店コード		口座番号

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 円 -

住所
被保険者
氏名
TEL



ひかり健康保険組合理事長 殿

<健康保険取得手続き中で、医療機関に保険証を提示できなかった>
 <保険証を忘れてしまった>

医師の記入欄
 ※やむをえない事情により保険証を提出できなかった場合等に関する申請のときで、
 「診療報酬明細書(レセプト)」の発行が不可能な場合、こちらを利用してください。

領収(診療)明細書

※既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ください。

患者名 (生年月日)	(昭・平・令 年 月 日)	区分	業務上・業務外	傷病名	
診療日	自 年 月 日 至 年 月 日		診療実日数	日	費用 ・保険診療と同点同額 ・その他()

入院外				入院			
初診	時間外 ・ 休日 ・ 深夜	回		初診	時間外 ・ 休日 ・ 深夜	回	
再診	再診 × 回 外来管理加算 × 回 時間外 × 回 休日 × 回 深夜 × 回			投薬	内服 単位 頓服 単位 (第 回目) 外用 単位 調剤 日 麻・毒 日 調基 日		
指導				注射	皮下筋肉内 回 静脈内 回 その他 回		
在宅	往診 回 夜間・緊急 回 在宅患者訪問診察 回 その他 回 薬剤 回			処置	その他 回		
投薬	内服 { 薬剤 × 単位 調剤 × 回 } 頓服 単位 概要 { 薬剤 単位 調剤 × 回 } 処方 × 回 麻毒 回 調基 回			麻酔手術	薬剤 回		
注射	皮下筋肉内 回 静脈内 回 その他 回			検査	薬剤 回		
処置	薬剤 回			画像診断	薬剤 回		
手術 麻酔	薬剤 回			その他	薬剤 回		
検査	薬剤 回			入院	入院年月日	年 月 日	
画像 診断	薬剤 回				病 診 衣	入院 × 日間 入院 × 日間 入院 × 日間	
その他	薬剤 回				医学 入院 管理 時料	× 日間 × 日間 × 日間	
合計	(1点 円で算定)	円			基準	円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間 円 × 日間	
合計	(1点 円で算定)	円		食事			
合計	(1点 円で算定)	円		合計	(1点 円で算定)	円	

上記のとおり領収(診療)いたしました。

令和 年 月 日 千

住所

医師 医療機関名

㊞

氏名

TEL

記入例

【記入する際の注意】

- 黒のボールペンで記入してください※鉛筆、修正テープ、消えるボールペンは使用しないでください。
- 記入内容を訂正する場合は、間違えた部分に二重線を引いてご本人の印鑑を押してください。

例) 〒 × × × × - ○ ○ ○ ○ **光**

[1]療養を受けた対象者
を選択してください。

- [1] 被保険者(本人)
 被扶養者(家族)

[2]記号と番号
[3]事業所名は
保険証に記載されてい
ます。

[6][7]対象者が被扶養
者(家族)の場合は、記
入してください。

[13]診療で支払った金
額
●10割負担の場合
⇒医療機関に支払った
費用を記入してください。
●前に加入していた保
険者に支払った場合
⇒保険者に支払った金
額を記入してください。
●治療用装具の場合
⇒装具購入に要した金
額を記入してください。

[14]診療を受けた月ご
とに記入してください。
治療用装具の場合は、
装具作成のために受診
した期間を記入してくだ
さい。

[17]提出前に、添付書
類が揃っているかご確
認ください。

療養費支給申請書

(各医療機関ごと・診療月ごとに1部必要です)

2019.05改

[2]被保険者証の 記号・番号	記号 1	番号 12345	[3]在籍している 事業所名	株式会社●×通信		
[4]被保険者の 氏名	光 太郎		[5]生年月日	昭和 平成	54 年 10 月 31 日	
[6]扶養家族の 申請の場合	氏名	光 花子	[7]生年月日	昭和 平成 令和	30 年 1 月 23 日	
[8]傷病名	気管支炎		[9]発病・負傷の 年月日	平成 令和	1 年 5 月 2 日	
[10]状況	<input type="checkbox"/> 業務中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅、自分の不注意 <input type="checkbox"/> その他 ()		[11]詳細 (いつどこで何のために何をしていたのかなどを詳しく記載してください)			
※業務中、通勤路上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず勤務先と健康保険組合にご連絡ください			自宅です寝後に発熱及び咳が止まらなくなった為			
[12]診療を受けた 医療機関の名称	〇〇クリニック		[13]診療で支払った 金額	10,470 円		
[14]診療を受けた 期間・日数	平成 令和	1 年 5 月 2 日 から	日数	2 日間		[15]入院していた場合はその期間 平成 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間
[16]療養の給付を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 資格取得後・認定後に、前に加入していた被保険者の保険証を使用した為 <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険取得手続き中、または保険証を忘れてしまい 医療機関に保険証を提示できなかった為 <input type="checkbox"/> 医師の指示により、治療用装具を作成・購入した為 <input type="checkbox"/> その他(詳しい理由:)		[17] 【添付書類】すべて原本を添付してください ●注意● 提出された領収書・同意書(指示書)等の返却はいたしません。 車前にコピーし保管してください	添付 チェック		
		① 医療費を返還した前被保険者から発行される「診療報酬明細書(レセプト)」			<input type="checkbox"/>	
		② 前被保険者に支払った際の「領収書」			<input type="checkbox"/>	
		① 医療機関等より発行される「診療報酬明細書(レセプト)」※ ※傷病名・診療内容が記入されたA4サイズの書類(医療機関に発行依頼し受領ください) 「診療明細書」や「調剤明細書」ではありませんのでご注意ください。			<input checked="" type="checkbox"/>	
		② 医療機関等に10割負担で支払った際の「領収書」			<input checked="" type="checkbox"/>	
		① 医師の「同意書(意見書・証明書)」			<input type="checkbox"/>	
		② 医師の「眼鏡等作成指示書」と「検査書」※ ※小児弱視治療用眼鏡の場合のみ必要となります			<input type="checkbox"/>	
		③ 治療用装具の「領収証」と「明細書」			<input type="checkbox"/>	
		添付書類はお問合せください。				
[18]被保険者 名義の振込先 金融機関	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 〇〇組 <input checked="" type="checkbox"/> 金庫 農協		本店 支店	(フリガナ) ヒカリ タロウ (口座名義) 光 太郎		
※ゆうちょ不可	預金種別	普通 ・当座	支店コード	1 2 3	口座番号	9 8 7 6 5 4 3
上記のとおり申請します。						
令和	1 年	5 月	15 日	〒	〇〇〇 - 〇〇〇〇	
住所	東京都豊島区〇〇町×××-△△					
被保険者 氏名	光 太郎					
TEL	090 - 〇〇〇〇 - ××××					
						光
						ひかり健康保険組合理事長 殿