

※提出先は各事業所担当者です

被保険者情報	被保険者等の記号番号	記号 10	番号 1234	所属事業所及び部署名	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 平成 60年 4月 20日	
	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 ΔΔ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ΔΔ@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 平成 60年 4月 20日
	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2年12月27日から 令和2年12月27日まで	1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. 資格確認書が届いていなかったため 2. その他()				
交通事故等第三者が原因ですか	いいえ		はい	第三者が原因の場合はその状況	

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	<input checked="" type="checkbox"/> ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。		←該当するものにチェック☑して下さい。	
	<input type="checkbox"/> ②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 3年 3月 4日	
	被保険者(申請者)	氏名	健保 太郎	
代理人(実際に給付を受領する者)	氏名			

振込先情報	金融機関名称	銀行	支店番号	123
	預金種別	普通当座	ケンポタロウ	

【添付書類】

- 診療報酬明細書(レセプト)(原本)
- 領収書(原本)

任意継続被保険者・退職者以外は、委任状欄にご記入ください。
任意継続被保険者・退職者は、振込先情報欄にご記入ください。

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。

患者名

傷病名

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。

初診	初診	回	点	入院	入院年月日			病	診	入院基本料・加算		
	時間外	回	点		年	月	日					
	休日	回	点						×	日間	点	
	深夜	回	点						×	日間	点	
再診	再診	回	点	入院					×	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									
	麻毒調基	回	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

()