

※このシート内 下部にある「提出書類チェックリスト」を使って申請に必要な書類を確認してください。

被保険者

療養費支給申請書

被扶養者

「健保マイポータル」の登録が必要です。申請前に登録状況をご確認ください。

日本ヒューレット・パッカド健康保険組合

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者等 記号・番号	記号 番号	②被保険者の 氏名と生年月日		□昭和 □平成 年 月 日		
	③被保険者の 住所	〒 - TEL					
	④被扶養者に 関する申請のとき	フリガナ		生年月日		被保険者との続柄	
		氏名		□昭和 □平成 □令和 年 月 日			
	⑤傷病名			⑥発病又は 負傷の年月日 (療養開始日)	□平成 □令和 年 月 日		
	⑦発病又は負傷の 原因及びその経過						
	⑧診療を受けた 病院等の名称 及び所在地	名称			医師 氏名		
		所在地					
	⑨診療の期間 (支給期間)	(自) 令和 年 月 日		(至) 令和 年 月 日		(日数) 日	⑩入院・ 外来の別 □入院 □外来
	⑪入院の場合 入院期間 入院中の食事の回数	(自) 令和 年 月 日から		(至) 令和 年 月 日まで		⑫療養に要した 費用の額	円
⑬申請理由	□治療装具を購入した (治療装具装着 令和 年 月 日)		⑭業務(通勤)災害 によるものですか		□は い □いいえ		
	□医療機関で当健保の資格が確認できずに10割負担した		⑮第三者行為に よるものですか		□は い □いいえ		
	□はり・きゅう、あんま・マッサージの治療を受けた □その他( )		⑯市区町村から医療費の 助成を受けていますか		□は い □いいえ		
⑰振込先 被保険者名義の 口座を指定	銀行名			金融 コード	口座名義 (被保険者)		
	支店名			支店コード	預金種別		
	口座番号			⑱提出日	令和 年 月 日		

受付日付印

注意事項

※この診療明細書は、「医療機関で当健保の資格が確認できずに10割負担した」場合で、かつレセプト（診療報酬明細書）が医療機関で発行できなかった場合に、**医療機関へこの明細書の記入依頼**をしてください。レセプトがある場合は不要です。

診療明細書

(令和 年 月分)

<b>患者名</b>		<b>傷病名</b>	
------------	--	------------	--

  

入院外				入院			
初診	時間外・休日・深夜			初診	時間外・休日・深夜		
再診	再診	×	回	投薬	内服		単位
	外来管理加算	×	回		屯服		単位
	時間外	×	回		外用		単位
	休日	×	回		調剤		日
	深夜	×	回		麻毒調基		日
指導				注	皮下筋肉内	回	
在宅	往診		回	注射	静脈内	回	
	夜間		回		その他	回	
	深夜・緊急		回		処置	薬剤	回
	在宅患者訪問診療		回	手術麻酔		薬剤	回
	その他		回		検査		回
薬剤		回	画像診断	薬剤		回	
投薬	内服	薬剤		単位	検査		回
		調剤	×	回		画像診断	薬剤
	屯服	薬剤	単位	その他			回
	外用	薬剤			薬剤	回	
		調剤	×		回	入院	入院年月日
処方		×	回	病診衣	入院料		×
麻毒調基		×	回		入院時医学管理料		×
注射	皮下筋肉内		回	特定入院料・その他			×
	静脈内		回		食事	基準	
	その他		回				円 ×
処置			回			円 ×	日間
	薬剤		回				
手術麻酔			回				
	薬剤		回				
検査			回				
	薬剤		回				
画像診断			回				
	薬剤		回				
住所							
医師の氏名							