

※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

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 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	日間	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		
	□当健保の被保険者証を提示できずに診療を受けた		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・マッサージの診療を受けた □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			
	支店名			支店コード			
	口座番号			⑱提出日	令和 年 月 日		

日本ヒューレット・パッド健康保険組合

..... 受付日付印

提出書類チェックリスト(このリストの提出は不要です)

申請内容	提出書類	注意事項	チェック
保険証を提示せず受診	療養費支給申請書	1人の受診者で診療月、医療機関ごとに記入 (通院・入院・調剤)	
	領収書(原本)		
	診療報酬明細書(原本)	会計時に交付される「診療明細書」「調剤明細書」ではありません。 病院・薬局窓口で「健保への還付申請のため」と請求ください。 ※申請の中で最も不備が多い書類です。	
	調剤報酬明細書(原本)		
治療用眼鏡を作成	療養費支給申請書		
	眼鏡購入時の領収書(原本)		
	眼鏡等作成指示書(写し可)		
	患者の視力検査結果	眼鏡等作成指示書内に書かれていることが多いです。	
治療用装具を作成	療養費支給申請書		
	領収書(原本)		
	内訳明細書(原本)		
	保険医の証明書(原本)		
	複数方向から撮影した購入装具の写真	白黒、A4コピー用紙への印刷OK	
弾性着衣を購入	療養費支給申請書		
	領収書および内訳書(原本)		
	弾性着衣等 装着指示書(原本)		
鍼灸あんまマッサージ	療養費支給申請書	1人の受療者で受療月ごとに記入	
	保険医の同意書(原本)		
	領収書(原本)		
	施術報告書(再同意時)(写し可)		
	施術所の療養費支給申請書		

注意事項

※この診療明細書は、「保険証を提示できずに診療を受けた」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)

患者名		傷病名	
-----	--	-----	--

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		日		
指導				調基					
在宅	往診		回	注射	皮下筋肉内		回		
	夜間		回		静脈内		回		
	深夜・緊急		回		その他		回		
	在宅患者訪問診療		回	処置			回		
	その他		回		薬剤		回		
投薬	薬剤		回	手術	麻酔		回		
	内服 薬剤		単位		薬剤		回		
	調剤	×	回	検査			回		
	屯服 薬剤		単位		薬剤		回		
	外用 薬剤		回		画診		回		
処方	×	回	断	薬剤		回			
麻毒	×	回	その他			回			
調基		回							
注射	皮下筋肉内		回	入院	入院年月日	年	月	日	
	静脈内		回		病診衣	入院料	×	日間	
	その他		回				×	日間	
処置			回				×	日間	
	薬剤		回			入院時医学管理料	×	日間	
手術			回				×	日間	
	薬剤		回				×	日間	
検査			回			特定入院料・その他			
	薬剤		回		食事	基準			
画診			回					円	×
	断	薬剤		回				円	×
その他	処方せん	×	回					円	×
	薬剤		回				円	×	日間
合計	円			合計	円				

上記のとおり診療いたしました。

令和 年 月 日

住所

医師の氏名