

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	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 ケンボ タロウ	健保 太郎	生年月日	昭和 ●●年●●月●●日 平成
	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 △△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△△@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 ●●年●●月●●日 平成	
	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●●年●●月●●日から 令和●●年●●月●●日から ●●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. 入社したばかりで被保険者証が届いていなかったため 2. 被保険者証を持っていなかったが急病でやむを得ず医療機関にかかったため 3. 以前の被保険者証を使用したため 4. その他( )				
交通事故等 第三者が原因 ですか	いいえ はい	業務上、通勤途上 によるものですか	いいえ はい		

※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。	令和●●年●●月●●日
	<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。	
	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		

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

振込先情報	金融機関コード		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。	本店 支店
	金融機関名称			
	預金種別	普通 普通 当座 ( )		

## 【添付書類】

- 診療報酬明細書(レセプト)(原本) ※レセプトの添付が不可能な場合は2枚目の領収(診療)明細書に医師の証明をもらってください。
- 領収書(原本)

備考	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

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  
傷病

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 年 月 日				
	時間外	回	点		病	診	入院基本料・加算		
	休日	回	点				×	日間	点
	深夜	回	点				×	日間	点
再診	再診	回	点				×	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		特定入院料・その他				
深夜	回	点							
医学管理			点		食事生活	基準	円	×	回
			点	特別		円	×	回	
在宅			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

( )