

<記入上の注意>

1. 標題の「被保険者」・「家族」の文字のいずれか該当する方をマル(○)で囲んでください。
2. 標題の「家族」の文字をマルで囲んだ場合は、8の欄(ア・イ・ウ)を必ず記入してください。イは該当する元号をマルで囲んでください。(「被保険者」の文字をマルで囲んだ場合は、8の欄は記入しないでください)
3. 3・9・11・14の欄は、該当するものをマルで囲んでください。
4. 4の欄は、被保険者が自ら記入(自署)する場合には、押印は不要です。
5. 9の欄で【はい】を答えた場合は、「第三者の行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは健康保険組合にお問合せください。(「第三者の行為による傷病届」の提出については、同じ傷病における申請の場合、初回時のみの提出となります。)
6. 薬剤を受けた場合、12・16の欄は、読み替えて記入してください。(薬剤を受けた場合とは、無医村域において、医師の診療を受けることが困難で応急処置として緊急に売薬の服用をした場合です)
7. 小児弱視等治療用眼鏡等の更新の場合は、15の欄に更新前の装着年月日及び支給申請した保険者名を記入してください。
8. 7の欄は、日中連絡の取れる電話番号を記入して下さい。(携帯電話可)
9. 給付金の受け取りを他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要な事項を記入して下さい。また、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入して下さい。なお、受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の押印は必ず押して下さい。
10. 振込先は、銀行・信用金庫およびゆうちょ銀行のみの取扱いです。
※ゆうちょ銀行をご指定される方は、全銀システム対応の支店・口座番号を記入して下さい。

※各種現金給付の支払日について

1. 給付金の支払日は、申請書が健保に到着した日により概ね次のように処理します。
 10日までに到着・・・当月15日に支払
 20日までに到着・・・当月25日に支払
 月末までに到着・・・翌月5日に支払
 ※支払日が土・日・祝の場合、翌営業日のお振込になります。
 ※大型連休がある期間については、上記のお支払日が多少変更となります。
 ※申請書や添付書類に不備があった場合は、訂正後のお支払いとなります。

※添付書類について

療養費の種類により添付書類が異なりますので、下記を確認のうえ提出願います。

療養費の種類	添 付 書 類
立替払等	●領収書及び診療報酬明細書 領収書が発行されている場合は、領収書の原本を添付するとともに、医師に領収(診療)明細書作成をご依頼ください。別紙「領収(診療)明細書」により医師から記入してもらうことが出来ます。(ただし、歯科診療の場合は「領収(診療)明細書」を使用することはできませんので、病院へ直接依頼してください。) 【海外で診療を受けた療養費】 海外で診療を受けた療養費の申請については別申請書の『海外療養費支給申請書』に必要な事項をご記入ください。申請書には『診療内容明細書』と『診療明細書』の添付が必要です。 なお、これら明細書が外国語で記載されている場合は、『翻訳文』を添付してください。(翻訳文には、翻訳者の住所・氏名を明記してください)
治療用装具	●医師の「意見及び装具装着証明」 別紙「意見及び装具装着証明」により医師から記入・証明を受けてください。 ●領収書 装具の名称、種類等、内訳が記載された領収書の原本を添付してください。
生血	●輸血証明書 輸血を必要と認めた医師の証明書を添付してください。(証明書は輸血の回数が明記されているもの) ●領収書 血液代金や移送にかかった運賃等の内訳が記載された領収書の原本を添付してください。
治療用眼鏡	●領収書 治療用眼鏡等を作成し、又は購入した際の費用の額を証明する書類 ●作成指示書及び検査書 視力等の検査結果のわかる写しを添付してください。 ※治療用眼鏡の更新費用は、5歳未満の小児が1年以上・5歳以上の小児は2年以上、装着期間がある場合のみ対象

○お問合せ先

アイフル健康保険組合 〒600-8420
 京都府京都市下京区烏丸通五条上の高砂町381-1
 Tel:075-353-0211 FAX:075-371-2121

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書 (第 回目)

(立替払等、治療用装具、生血)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		3 生 年 月 日				4 被保険者 (申請者) 氏名					
	1 記号 2 番号		昭和 平成		年	月	日	(フリガナ)				
	5 発病または負傷年月日 (療養開始日)			6 事業所(勤務先) の名称								
	年	月	日	会社名:				所属名:				
				連絡先 () -								
	7 被保険者 (申請者) 住 所		(フリガナ)		連絡先 () -							
	8 療養を受けた方が被扶養者の場合			ア 氏 名		イ 生 年 月 日		ウ 被保険者との続柄				
						昭和 平成 令和 年 月 日生						
	9 第三者行為によるものですか (交通事故等)					10 傷病名						
	0 : いいえ 1 : はい											
11 発病又は負傷の原因		(1)いつ 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時頃										
		(2)どこで 自宅 事務所 外出場所 (私用・仕事)										
		(3)どんな用事で、何をしている時										
		私用 [] 何をしていますか				通勤の行き帰り []		仕事 [] 何をしていますか				
12 診療の期間 (支給期間)		自	年	月	日	13 日 数		14 入院・入院外の別				
		至	年	月	日	日 数		0 : 入院外 1 : 入院				
入院の場合 (入院期間)		自	年	月	日	日 数		15 診療の内容				
		至	年	月	日	日 数						
16 診療を受けた病院等		名称				診療した医師氏名						
		所在地										
17 全額支払をした理由 (10割負担)				18 診療に要した費用の額				円				
受取代理人の欄												
本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。												
被保険者 (申請者) 住所				氏名				年 月 日				
代理人の住所				氏名 (フリガナ)				Ⓢ				
委任者と代理人との関係								年 月 日提出				
※口座名義人は被保険者 (申請者) 本人または受取代理人に限る。												
支払金融機関の欄						(口座番号)			受付日付印			
銀行		本店		普通								
信用金庫		支店		当座								

[申請に際しての注意]

- 治療用装具(コルセット)を製作した場合
「提出書類：申請書、領収書、医師の意見書・装着証明書」
- 何らかの理由で保険証を持っていなかったために立替払いをした場合
「提出書類：申請書、領収書、診療報酬明細書(レセプト)」
- 国民健康保険への返納後請求の場合
「提出書類：申請書(返納件数分)、返納領収書、診療報酬明細書(レセプト)の写し」
なお、診療報酬明細書(レセプト)の写しは役所から送付されたら開封せずに提出してください。開封すると無効となります。

領収(診療)明細書

年 月 日

一金 円也 1点単価10円

令和 年 月分診療費を下記明細のとおり領収(診療)いたしました。

() 科

氏名			男・女	昭・平・令 年 月 日生		
傷病名	(1)			診療開始日	(1) 年 月 日	診療実日数
	(2)				(2) 年 月 日	
	(3)				(3) 年 月 日	
11	初診	時間外・休日・深夜	回	点		
12	再診	×	回			
	外来管理加算	×	回			
	時間外	×	回			
	休日	×	回			
	深夜	×	回			
13	指導					
14	往診		回			
	夜間		回			
	緊急・深夜		回			
	在宅患者訪問診察		回			
在宅	その他		回			
	薬剤		回			
20	21 内服薬剤		単			
	内服調剤	×	回			
	22 頓服薬剤		単			
	23 外用薬剤		単			
	外用調剤	×	回			
	25 処方	×	回			
	26 麻毒		回			
27 調基		回				
30	31 皮下筋肉注射		回			
	32 静脈内		回			
	33 その他		回			
40	処置		回			
40	処置		回			
	薬剤		回			
60	検査		回			
60	検査		回			
	薬剤		回			
70	画像診断		回			
70	画像		回			
	薬剤		回			
80	処方箋		回			
	その他		回			
80	その他		回			
	薬剤		回			
30	31 皮下筋肉注射		回			
	32 静脈内		回			
	33 その他		回			
40	処置		回			
	薬剤		回			
50	手術・麻酔		回			
50	手術		回			
	薬剤		回			
60	検査		回			
60	検査		回			
	薬剤		回			
70	画像診断本申請に基づく給付金に関する		回			
70	画像		回			
	薬剤		回			
80	処方箋		回			
	その他		回			
80	その他		回			
	薬剤		回			
入院		入院年月日	年 月 日			
入院	病診衣	入	×	日間		
		院	×	日間		
入院	入院時医学管理料	入	×	日間		
			×	日間		
入院	特定入院料・その他		×	日間		
			×	日間		
食事		基準				
			円 ×	日間		
			円 ×	日間		
			円 ×	日間		
			円 ×	日間		
公費負担						
計		点				

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関の電話番号

医師名

印

意見書

入院・外来

○病名

○附記 上記の疾患により「
」
の装着の必要なことを認めます。

年 月 日

病院・診療所所在地

同名称

医師氏名

㊞

装具装着証明書

上記診断に依る装具を装着適合していることを証明する。

備考:

年 月 日

病院・診療所所在地

同名称

医師氏名

㊞