

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 家 族 療養付加金

※記入もれがある場合は、書類を一旦お返しすることがあります。太枠内は楷書で丁寧にご記入ください。
※記入内容を訂正される場合は、下記①欄に押された印鑑(★)を訂正印として必ず押してください。

被保険者記入欄

① 被保険者の	記号	番号	氏名・印		生年月日
			(印) (★)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
② 被保険者の 現住所	〒 -			日中連絡の取れる電話番号 ()	
③ 個人番号(マイナンバー) (*上記①欄/記号番号記入 の場合は、不要です)			④ 事業所名称		
⑤ 受診者が被扶養者 のときは、その方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		続柄
⑥ 傷病名					
⑦ 発病又は負傷の原因 について	(いつ) 平成 年 月 日 (曜日)		午前・午後 時頃		(どこで) (何をしていて) (何が起った)
⑧ 診療を受けた 医療機関	名称	所在地			
⑨ 診療を受けた期間	(自) 平成 年 月 日	() 日間	⑩ 療養に要した 費用の額		円
⑨ (至) 平成 年 月 日					
⑪ 診療の内容					
◇◇添付書類は、すべて原本をご提出ください◇◇					
⑫ 申請理由及び添付書類 (右記該当するものに✓を入れ、添付書類を同封し、ご提出ください)	<input type="checkbox"/> 1. 立替払いの場合 (以前の保険証使用による受診) ⇒		(1) 診療報酬明細書 (2) 領収証		
	<input type="checkbox"/> 2. 海外療養費の場合 (海外にて受診) ⇒ (渡航理由:)		「添付書類」 (1) 診療内容明細書 (2) 領収証 (3) 領収明細書 (4) 上記書類の日本語翻訳 (5) 渡航期間のわかるパスポートの写し (6) 同意書		
	<input type="checkbox"/> 3. 生血の場合(輸血の生血代) ⇒		(1) 保険医による輸血証明書 (2) 生血代金領収証		
	<input type="checkbox"/> 4. 緊急やむを得ず自費の場合 ⇒ (保険証を提示できなかった理由)		(1) 診療報酬明細書 (2) 領収証		
	<input type="checkbox"/> 5. 移植のために骨髄、臍帯血等を搬送した場合 ⇒		(1) 保険医の意見書 (2) 領収証		
⑬ 第三者の行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑭ 第三者の行為によって負傷した事実を 東京不動産業健康保険組合に		<input type="checkbox"/> 届出した <input type="checkbox"/> 届出していない	

*被保険者以外の口座を指定する場合は、下記「受取代理人の欄」に必ずご記入・押印してください。
(被保険者印(★)代理人印(☆)は、別々の印鑑で押印し、ご提出ください。)

振込先金融機関の欄

銀行・店名	(店番号)	(店名)	本店	本請求にもとづく給付金に関する受領を 下記の代理人に委任します。		
銀行・金庫			支店	被保険者(請求者)		
預金種別	普通・当座			(住所)	<input type="checkbox"/> 上記②と同じ	(印) (★)
口座番号 (左づめでご記入ください)				(氏名)	被保険者と代理人との関係 配偶者・親子・その他 ()	
口座の名義人	(カタカナでご記入ください)			代理人(口座の名義人)	<input type="checkbox"/> 上記②と同じ	(印) (☆)
				(住所)		
				(氏名)		

[注意事項]

- 個人・医療機関・診療月・入院・外来別にそれぞれ申請書が1枚必要となります。
- 傷病の原因が怪我等の場合は、別紙「負傷原因届」(ホームページから取得可)を添付し、併せてご提出ください。
- 傷病の原因が第三者の行為による場合は、必ず「第三者行為による傷病届」(ホームページから取得可)も併せてご提出ください。

〔提出書類〕（提出する前に改めてご確認ください。）

(1) 健康保険 被保険者・家族 療養費・療養付加金支給申請書

(2) 添付書類(下記参照)

(※ 添付書類は原本が必要となります。)

療養の種類		添付書類	注意事項
① 立替払い	以前の保険証で受診したとき	(1) 診療報酬明細書 (2) 領収証	・診療報酬明細書はお支払いになった(旧)医療保険者からもらってください。(開封厳禁) ・(旧)医療保険者に支払った領収証
② 海外療養費	海外で病気やけがをしたとき	(1) 診療内容明細書 (2) 領収書 (3) 領収明細書 (4) 上記書類の日本語翻訳 (5) 渡航期間がわかるパスポートの写し (6) 同意書	・明細書、領収証が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所、氏名のある翻訳文 ・パスポートの写しは、所持者、入出国記録のわかるもの(海外勤務または海外在住の場合は添付不要)。
③ 生血	輸血を受けたとき	(1) 保険医による輸血証明書 (2) 生血代金領収証	・輸血を必要と認めた医師の証明書(輸血の回数が記されているもの) ・領収証には、血液代金や移送にかかった運賃等の内訳が記載されているもの
④ 自費	緊急やむを得ず急病のため、保険証なしで受診したとき	(1) 診療報酬明細書 (2) 領収証	・医療機関より、診療報酬明細書(病名の記載があるもの)が発行されない場合のみ、別紙(入院または外来明細書)に記入を依頼してください。 ・歯科診療、調剤分は、医療機関から必ず診療報酬明細書を発行してもらってください。
⑤ 搬送費用	移植のために骨髄液、臍帯血等を搬送したとき	(1) 保険医による意見書 (2) 領収証	・移植を必要と認めた医師の意見書が発行されない場合のみ、別紙(搬送に関する医師意見書)に記入を依頼してください。 ・領収証には、搬送にかかった運賃等の内訳が記載されているもの

※はり、きゅう、あんま、マッサージ、治療用装具は、申請書が異なります。

外来診療報酬明細書

別紙

患者名	傷病名	診療日
初診	時間外・休日・深夜	
再診	再診	× 回
	外来管理加算	× 回
	時間外	× 回
	休日	× 回
	深夜	× 回
指導		
在宅	往診	回
	夜間	回
	深夜・緊急	回
	在宅患者訪問診療	回
	その他	回
	薬剤	回
投薬	内服 薬剤	単位
	調剤	× 回
	頓服 薬剤	単位
	外用 薬剤	単位
	調剤	× 回
	処方	× 回
	麻毒	× 回
	調基	
注射	皮下筋肉内	回
	静脈内	回
	その他	回
処置		
	薬剤	
麻酔手術		
	薬剤	回
検査		
	薬剤	回
画像診断		
	薬剤	回
その他	処方せん	回
	薬剤	回
合計	(1点 円)	

上記のとおり診療いたしました。

平成 年 月 日

医療機関所在地

電話 ()

医療機関名

医師氏名

印

《注意事項》

薬剤名(10円以下も含む)、処置名、検査名等、必ず全てご記入ください。

入院診療報酬明細書

別紙

患者名	傷病名	診療日	
初診	時間外・休日・深夜		
投薬	内服 薬剤	単位	
	調剤	×	回
	頓服 薬剤	単位	
	外用 薬剤	単位	
	調剤	×	回
	処方	×	回
	麻毒	×	回
	調基		
注射	皮下筋肉内	回	
	静脈内	回	
	その他	回	
処置	薬剤		
麻酔手術	薬剤		回
検査	薬剤		回
画像診断	薬剤		回
その他	薬剤		回
入院	入院年月日 平成 年 月 日		
	病診衣	入院基本料・加算 日間 日間 日間 特定入院料・その他	
食事	基準	円	回
		円	回
		円	日間
		円	日間
合計	(1点 円)		

上記のとおり診療いたしました。

平成 年 月 日

医療機関所在地

電話 ()

医療機関名

医師氏名

印

《注意事項》

薬剤名(10円以下も含む)、処置名、検査名等、必ず全てご記入ください。