

資格取得日	昭・平・令 年 月 日	資格喪失日	令 年 月 日	支給決議書				
対象被扶養者認定日	昭・平・令 年 月 日	区分	立替払い	治療用装具	生血	常務理事	事務長	扱者
診療年月	令 年 月 分	令 年 月 分						
診療期間・日数	令 / ~ / 日間	令 / ~ / 日間						
本家入外								
支給決定額	円	円	支給決定日	令 年 月 日				

健保受付印

## 健康保険 被保険者 療養費請求書 家 族

対象者の種別 (該当に○)	被保険者	被扶養者	申請区分 (該当に○)	立替払い	治療用装具	生血
被保険者証 記号	番号	勤務事業所				
住所						
請求が被扶養者に関するときはその者の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄		
傷病名	発病又は負傷年月日		平・令 年 月 日			
発病または負傷の原因	第三者行為によるものですか					はい いいえ
診療を受けた病院等	名称	診療した医師の氏名				
	住所					
診療の期間	令 年 月 日	日間	診療に要した費用の額	円		
	令 年 月 日					
診療の給付を受けることができなかった理由						
上記のとおり請求します。						
なお、本請求に基づく給付金の受領を事業主(事業主代理人)に委任します。						
請求日	令 年 月 日	被保険者(請求者) 氏名				
東急百貨店健康保険組合 理事長殿						
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)						
備考欄						
事業主欄	事業主(代理人)の所在地 名称 氏名	令 年 月 日				

訂正箇所がある場合は、二重線で抹消し訂正印を押印してください。

### ■添付書類についての注意■

次の場合には下記の診療明細書への記入は必要ありません。ただし、該当する書類を必ず添付してください。

- 病院で診療報酬明細書をもらったとき  
病院でもらった「診療報酬明細書」および「実費についての領収書」
- 以前に加入していた国保等へ診療費の返還を行ったとき  
「納入通知書兼領収書」および「診療報酬明細書」(開封厳禁)
- 歯科診療に関する請求のとき  
歯科に関する「診療報酬明細書」および「実費についての領収書」
- 治療用装具等に関する請求のとき  
「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」および「実費についての領収書」
- 海外療養費を請求するとき  
「領収書」および「診療内容明細書(日本語)」  
外国語で記載されている場合は必ず翻訳文を添付
- 輸血に関する請求のとき  
「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」および「血液代金の領収書」

### 領収(診療)明細書

患者名	傷病名	日数	日
初診	時間外・休日・深夜 回	円	その他
再診	再診 × 回 外来管理加算 × 回 時間外加算 × 回 休日加算 × 回 深夜加算 × 回	円	処方箋 薬剤 × 回 入院年月日 令 年 月 日 病診衣 入院料 × 日間 入院時医学管理 × 日間
指導	× 回	円	特定入院料・その他
在宅	往診 回 夜間 回 深夜・緊急 回 在宅患者訪問診 回 その他 回 薬剤 回	円	
投薬	内服 { 薬剤 単位 × 回 調剤 } 頓服 薬剤 単位 外用 { 薬剤 単位 × 回 調剤 } 処方 × 回 麻毒 回 調基 回	円	
注射	皮下筋肉内 回 静脈内 回 その他 回	円	
処置	薬剤 回	円	
手麻酔	薬剤 回	円	
検査	薬剤 回	円	合計
画像診断	薬剤 回	円	食事療養 × 日
上記のとおり領収(診療)しました。	令 年 月 日		
医師の住所 氏名	氏名	電話	

訂正箇所がある場合は、二重線で抹消し訂正印を押印してください。

<治療用装具請求 添付書類> 療養費(治療用装具)支給申請 別添「写真貼付用」