

※記入例を確認の上、ご記入ください。
※手書きの場合は、消えないボールペンでご記入ください。

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇	所属事業所 及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678 (999)
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭和 60 年 4 月 20 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 60 年 4 月 20 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 2 年 1 2 月 2 7 日から 令和 2 年 1 2 月 2 7 日まで 1 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 日
	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	第三者が原因の 場合はその状況		

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	☒ 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 3 年 3 月 4 日
	☐ 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

振込先情報	金融機関名称	〇〇銀行 〇〇支店	支店番号	123
	預金種別	普通 当座	ケンポタロウ	

【添付書類】

1. 診療報酬明細書(レセプト)(原本) ;
2. 領収書(原本)

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。

備考	個人番号 (被保険者等記号・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 ☐ 公金受取口座を利用する場合はチェック☑して下さい。なお振込先情報欄へ記入された場合は記入口座を優先します。	

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。

患者名

傷病名

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	
在宅			点		特別	円	×	回	
					食事	円	×	回	
					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	回	点						
	調基		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

()