

## 療養費【立替払】支給申請書

受付印

いすゞ自動車健康保険組合 御中

( 被保険者・被扶養者 )

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者名 <small>フリガナ</small>	生年月日 (才)	記号	番号	
	本申請書の提出および給付金の受領を事業主に委任します				
	<input type="checkbox"/> 記載内容について申請者本人が確認しました。 ※ チェックの記載がない場合、受領できませんのでご注意ください。				
	現住所 〒	TEL	事業所名		
	申請が被扶養者に関する場合はその氏名 <small>フリガナ</small>	生年月日 (才)	被保険者との続柄		
	傷病名	発病又は負傷の年月日	第三者行為によるものか		
	発病または負傷の原因およびその経過	受診日	受診日数		
	入院・外来の別	支払先	金額		
	療養の給付を受けることができなかった理由				
	送金先 ※ 通常は事業所経由での支給のため記入不要 いすゞ自動車(株)退職後の請求の場合は記入	口座番号	受取人氏名(カナ)		

## 診療(領収)明細書

※ ここに記入するのに代えてレセプトを添付でも差し支えありません。

傷病名	(1)	(2)	(3)	開始日	(1)	(2)	(3)	年	月	日	実日数	日	区別	入院・入院外	
初診	時間外・休日・深夜	×	回	円	注射	皮下筋肉内	回								
再診	再診	×	回		注射	静脈内	回								
	外来管理加算	×	回		注射	その他	回								
	時間外	×	回		処置	処置	回								
	休日	×	回		処置	薬剤	回								
	深夜	×	回		手術	手術・麻酔	回								
指導					手術	薬剤	回								
在宅	往診		回		検査	検査	回								
	夜間		回		検査	薬剤	回								
	深夜・緊急		回		画像	画像診断	回								
	在宅患者訪問診療		回		画像	薬剤	回								
投薬	その他		回		その他	処方せん	回								
	薬剤		回		その他	その他	回								
	内服薬剤		単		入院	入院年月日	年	月	日						
	内服調剤	×	回		入院	入院料	×	日							
	外用薬剤		単		入院	入院時医学管理料	×	日							
	外用調剤	×	回		入院	特入・その他									
	処方	×	回		食事	食事	円	日							
麻毒調基		回		合計	1点単価										
摘要 (※ 薬名・用量などの明細)	明細のとおり診療し、領収しました。											年	月	日	
											医療機関名				

(注)・提出先は、勤務先健康保険担当部署です。(健康保険組合に直接提出ではありません)

- この申請は、緊急その他やむをえない場合に保険証を掲示しないで受診し、払い戻しを受けるときに必要です。
- この申請には、領収書と医療費の明細(病名記載の診療報酬明細書/レセプト A4サイズ)を添付するか申請書下欄に医療機関の証明が必要です。領収書のみは不可。病名記載のない診療明細書は不可。
- 調剤薬局分がある場合は裏面(別紙)を使用してください。
- 当申請書に「マイナンバー」の記入は不要です。マイナンバーで申請したい場合は、番号欄に記入のうえ、番号および本人確認書類の添付が必要です。

## 事業所担当者確認欄

--	--

# 調剤(領収)明細書

※ ここに記入するのに代えてレセプトを添付でも差し支えありません。

医療機関					保険医					受付回数	回
調剤薬局記入欄	処方月日	調剤月日	処 方			単位薬剤料点	調剤数量	調剤診療報酬点数			
				医薬品名・規格・用量・剤型・用法					調剤料	薬剤料	加算料
保険	点	基本料	点	指導料	点	合 計	1点単価	円	円		
備考						明細のとおり調剤し、領収しました。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 調剤薬局名					

領収書添付欄