

被保険者

療養費請求書（立替払用）

家族

下記のとおり請求します。なお、この金額の受領を(事業所名) ○○○○○(株) に委任します。					
被	健康保険 記号-番号	00 - 123456	氏名	健保 太郎	
	被保険者住所	〒 000-0000 ○○○○○○○○○○○○ TEL( 000 ) 000 - 0000			
保	所属	○○○○○(株) (ポストNo. A000 ) TEL( 000 ) 000 - 0000 (内線 00000 )			
	家族に関する 申請のとき(家族氏名)	健保 花子	S・H・R	00年 00月 00日生	続柄 子
険	傷病名	○○○○○	発病又は負傷 年月日	平成 令和	00年 00月 00日 午前・午後 時頃
	発病又は負傷について	第三者の行為(交通事故やケンカ)によるものですか。(はい・いいえ) 「はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。 仕事中、通勤途中によるものですか。(はい・いいえ) 「はい」の場合、労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。 (はい・請求中・未請求)			
者	診療を受けた 医療機関等の名称	○○○○○	所在地	○○市○○町○○○-○ TEL( 000 ) 000 - 0000	
	診療を受けた期間	令和 00年 00月 00日から 令和 00年 00月 00日まで	診療に要した 費用の額	00,000円	
記	療養費の支給申請理由	1. マイナ保険証等が使用できず、医療費を全額自己負担したため 2. 誤って他の健康保険の資格で医療機関を受診したため 3. その他 (理由) [ ]			
入	欄	※該当する番号にチェック、または、詳細理由をご記入ください。			

【添付書類】

●次の書類を添付して、月ごと、病院・薬局ごとに作成してください。

① 領収書(原本)

② ・病院を受診した場合…診療報酬明細書(レセプト)

・薬局を受診した場合…調剤報酬明細書(調剤レセプト)

※診療報酬明細書(レセプト・調剤レセプト)の見本および取得方法を本紙裏面に掲載しております。

※受診した際に窓口で渡される、診療明細書等は簡易的なものであり、療養費申請には使用できませんのでご注意ください。

※保険給付金決定通知書が必要な方へ

自己負担分について自治体の医療費助成制度(乳児医療など)に請求等、証明書が必要な場合は、療養費支給月に発送する給付金決定通知書をご利用ください。

【支給については裏面参照】

支給決定欄	領収書発行日	R 年 月 日	常務理事	事務長	係
	給付対象額	円			
	支給決定額	円			

受付印

**【支給について】**

毎月、月末で受け付けを締め切り、翌月被保険者の事業所に支給します。  
 (療養費請求書の中で、受領を事業所に委任していただいています。)  
 事業所から保険給付金として支払われます。

**【注意事項】**

健康保険法で定められた法定分を健康保険組合で支給するため、領収書は原本の添付が必要です。  
 また、ご提出いただきました添付書類は原則返却いたしませんので、医療費助成や確定申告などのお手続きをされる方は提出前に各自でコピーをお願いします。

**【問い合わせ先】**

**マツダ健康保険組合**  
 〒734-0064 広島市南区小磯町1番1号  
 お問い合わせメールアドレス:mkenpo\_benefit@mazda.co.jp

- 健康保険の記号番号に代えてマイナンバー(個人番号)により申請することも可能です。  
 その場合は、次の備考欄へマイナンバーを記載していただくとともに、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	
-----	--

**【診療報酬明細書(レセプト)見本】**

<input type="radio"/> 診療報酬明細書 (医科入院外)		都道府県 医療機関コード 番号	1 社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 高外一 医 科 2 公費 4 退職 3 3 併 4 六外 0 高外7 3 3 併 6 家外 0 高外7
公費負担者番号① 公費負担者番号②	公費負担診療の受給者番号① 公費負担者番号②	保険者番号 番号	10 9 8 7 ( )
氏名 1 男 職務上の 傷 (1) 病 (2) 名 (3)		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 (特番)	
1 1 1 2 再 外 時 休 診 深 1 3 1 4 往 夜 深 在 宿 宅 宅 業		2 0 2 2 電 瓶 薬 剤 単 位 2 3 外 用 薬 剤 × 回 2 5 処 方 × 回 2 6 麻 毒 回 2 7 調 基 回 3 0 3 1 皮 下 筋 内 回 3 2 静 脈 内 回 3 3 そ の 他 回 4 0 処 置 薬 剤 回 5 0 手 麻 酔 薬 剤 回 6 0 検 病 査 理 薬 剤 回 7 0 画 診 像 断 薬 剤 回 8 0 そ の 他 処 方 箋 回 9 0 そ の 他 薬 剤 回	
保 険 料 納 付 金 額 円		減 額 割 (円) 免 除 支 払 額 千 円	
公 費 給 付 金 額 円		公 費 給 付 金 額 円	
公 費 給 付 金 額 円		公 費 給 付 金 額 円	

・左上に、診療報酬明細書と記載があります  
 ※薬局で発行される場合は、調剤報酬明細書と記載があります。

・病院または薬局の窓口へお申し出ください。  
 「健康保険組合に払い戻してもらうので、レセプトをください」と伝え、正式な診療報酬明細書(または調剤報酬明細書)が発行されます。

様式第二(二)