

※妊婦健診や乳幼児健診の費用は保険の対象外となり、療養費のお支払いはできませんのでご注意ください
 ※添付書類・記入の方法については記入例を参照してください。

ご確認ください ↓ ◎受診者ごと・診療月ごと・医療機関ごとに一枚の用紙に記入してください ◎保険者証未提示の場合：「病院発行の診療報酬明細書（レセプト）」の原本 ◎前加入の保険者証を使用した場合：「前加入保険発行の診療報酬明細書（レセプト）」の原本 ◎前加入保険発行の10割支払った領収書の原本 ◎前加入保険発行の返納金額領収書の原本を添付してください	健康保険 被保険者 療養費支給申請書（立替払用）	医療費総額	年 月 日 取得
	支払額	一部負担額 1 2 3	年 月 日 喪失
	款 項 目	食事代	年 月 日 伺
	支給額		年 月 日 支払

被 保 険 者 記 入 事 項	① 被保険者証の記号・番号 (記号) (番号)	② 事業所名
保 険 者 記 入 事 項	③ 被保険者の氏名	④ 生年月日 昭和 平成 年 月 日
保 険 者 記 入 事 項	⑤ 被保険者の住所 〒 ー	電話 ()
保 険 者 記 入 事 項	⑥ 療養が被扶養者に関するときはその方の氏名	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 続柄
保 険 者 記 入 事 項	⑦ 傷病名	
保 険 者 記 入 事 項	⑧ 発病又は負傷の原因およびその経過 (いつ) 令和 年 月 日 () 午前・午後 時頃 (どこで) (何をしていて)	通・通勤中または業務中によるものですか □ いいえ ・ □ はい 第三者によるものですか □ いいえ ・ □ はい
保 険 者 記 入 事 項	⑨ 治療の内容	⑩ 療養の給付が受けることができなかった理由 (右記の欄に丸をつけてください) 1: 保険証を受け取る前であった 2: 保険証を持っていなかった (理由:) 3: 誤って前の保険証を使用した
保 険 者 記 入 事 項	⑪ 療養を受けた医療機関等 名称 所在地 医師名	⑫ 診療に要した金額 円
保 険 者 記 入 事 項	⑬ 診療の期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間	左記のうち入院期間 令和 年 月 日 日間 令和 年 月 日 日間
保 険 者 記 入 事 項	⑭ 添付書類 チェック欄 (いずれも原本)	□ 領収証 保険者証未提示の場合(⑩の1,2に○)：病院発行分 前加入の保険者証使用の場合(⑩の3に○)： 前加入保険発行分 □ 診療報酬明細書(レセプト) *領収証と一緒に渡される、診療明細書ではございません。必ず病院・薬局で発行依頼をしてください。 (⑩の3に○をされた方は前加入保険者発行分)

*記号・番号をご記入された方はマイナンバーの記入は不要です。また、マイナンバーで申請希望される方は③の被保険者氏名の下に12桁の数字をご記入ください

必ずご記入ください			
⑮ 支払希望の銀行	銀行コード(4ケタ)	銀行信用金庫農協	支店コード(3ケタ)
口座番号	ゆうちょ銀行は8ケタの記入をお願いします	口座名義	支店 普通・当座 (○をつけてください)
カタカナで記入してください			
□ 公金受取口座の利用を希望する場合はチェックを入れてください※公金受取口座へのお支払いにはお時間をいただく場合があります			

※被保険者以外の口座をご希望の場合は『受取代理人の欄』にもそれぞれ記入が必要です

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日
被保険者	住所 氏名
代理人	住所 氏名

受付日付印

領収（診療）明細書

患者名		傷病名		診療 実日数	日
入院外			入院		
初診	時間外・休日・深夜	円	初診	時間外・休日・深夜	円
再診	時間内	回 円	投薬	内服	円
	時間外	回 円		屯服	円
	休日・深夜	回 円		外用	円
往診	普通・難路	回 円	注射	皮下筋肉内	回 円
	夜間・暴風雨雪	回 円		静脈内	回 円
	風、家屋	回 円		処置及び手術	回 円
指導			検査	材料	回 円
	内服	単 円		麻醉	回 円
	屯服	単 円		薬剤	回 円
投薬	外用	単 円	レントゲン	透視	回 円
	調剤	円		造影剤	回 円
注射	皮下筋肉内	回 円	その他		
	静脈内	回 円			
		回 円			
検査			入院	1月未満	日間(日～ 日)
				1月～3月未満	日間(日～ 日)
				3月以上	日間(日～ 日)
レントゲン		回 円	食事・生活療養		
	透視	回 円			
	造影剤	回 円			
処置及び手術		回 円		回	円
	材料	回 円			
	麻醉	回 円			
その他		回 円			
	薬剤	回 円			
		回 円			
その他		円			
合計		円	合計		円

上記のとおり領収（診療）いたしました。

令和 年 月 日

医療機関名

医師の氏名

* 提出書類について *

保険者証を提示せずに病院・薬局で10割を負担されている場合は、診療報酬明細書(レセプト)※図1を病院で、薬局の場合は調剤報酬明細書(調剤レセプト)※図2の発行を依頼していただき、提出をしてください。

図1

診療報酬明細書 (医科入院外)

平成 年 月 分

都道府県番号 医療機関コード

診療 1 1世 2 2世 3 3世 4 4世 5 5世 6 6世 7 7世 8 8世 9 9世 10 10世

保険者番号 109 109 109 109 109 109 109 109 109 109

被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号

氏名 性別 年齢 生 特記事項

傷病名 (1) (2) (3)

診療開始日 診療実日数

請求・決定点数の記載がある

項目	単位	請求	決定	点数	金額
①内服薬	錠	×	○		
②外用薬	錠	×	○		
③注射薬	錠	×	○		
④処方	錠	×	○		
⑤処方	錠	×	○		
⑥処方	錠	×	○		
⑦処方	錠	×	○		
⑧処方	錠	×	○		
⑨処方	錠	×	○		
⑩処方	錠	×	○		
⑪処方	錠	×	○		
⑫処方	錠	×	○		
⑬処方	錠	×	○		
⑭処方	錠	×	○		
⑮処方	錠	×	○		
⑯処方	錠	×	○		
⑰処方	錠	×	○		
⑱処方	錠	×	○		
⑲処方	錠	×	○		
⑳処方	錠	×	○		
㉑処方	錠	×	○		
㉒処方	錠	×	○		
㉓処方	錠	×	○		
㉔処方	錠	×	○		
㉕処方	錠	×	○		
㉖処方	錠	×	○		
㉗処方	錠	×	○		
㉘処方	錠	×	○		
㉙処方	錠	×	○		
㉚処方	錠	×	○		
㉛処方	錠	×	○		
㉜処方	錠	×	○		
㉝処方	錠	×	○		
㉞処方	錠	×	○		
㉟処方	錠	×	○		
㊱処方	錠	×	○		
㊲処方	錠	×	○		
㊳処方	錠	×	○		
㊴処方	錠	×	○		
㊵処方	錠	×	○		
㊶処方	錠	×	○		
㊷処方	錠	×	○		
㊸処方	錠	×	○		
㊹処方	錠	×	○		
㊺処方	錠	×	○		
㊻処方	錠	×	○		
㊼処方	錠	×	○		
㊽処方	錠	×	○		
㊾処方	錠	×	○		
㊿処方	錠	×	○		

図2

調剤報酬明細書

平成 年 月 分

都道府県番号 薬局番号

調剤 1 1世 2 2世 3 3世 4 4世 5 5世 6 6世 7 7世 8 8世 9 9世 10 10世

保険者番号 109 109 109 109 109 109 109 109 109 109

被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号

氏名 性別 年齢 生 特記事項

調剤開始日 調剤実日数

請求・決定点数の記載がある

項目	単位	請求	決定	点数	金額
①調剤	錠	×	○		
②調剤	錠	×	○		
③調剤	錠	×	○		
④調剤	錠	×	○		
⑤調剤	錠	×	○		
⑥調剤	錠	×	○		
⑦調剤	錠	×	○		
⑧調剤	錠	×	○		
⑨調剤	錠	×	○		
⑩調剤	錠	×	○		
⑪調剤	錠	×	○		
⑫調剤	錠	×	○		
⑬調剤	錠	×	○		
⑭調剤	錠	×	○		
⑮調剤	錠	×	○		
⑯調剤	錠	×	○		
⑰調剤	錠	×	○		
⑱調剤	錠	×	○		
⑲調剤	錠	×	○		
⑳調剤	錠	×	○		
㉑調剤	錠	×	○		
㉒調剤	錠	×	○		
㉓調剤	錠	×	○		
㉔調剤	錠	×	○		
㉕調剤	錠	×	○		
㉖調剤	錠	×	○		
㉗調剤	錠	×	○		
㉘調剤	錠	×	○		
㉙調剤	錠	×	○		
㉚調剤	錠	×	○		
㉛調剤	錠	×	○		
㉜調剤	錠	×	○		
㉝調剤	錠	×	○		
㉞調剤	錠	×	○		
㉟調剤	錠	×	○		
㊱調剤	錠	×	○		
㊲調剤	錠	×	○		
㊳調剤	錠	×	○		
㊴調剤	錠	×	○		
㊵調剤	錠	×	○		
㊶調剤	錠	×	○		
㊷調剤	錠	×	○		
㊸調剤	錠	×	○		
㊹調剤	錠	×	○		
㊺調剤	錠	×	○		
㊻調剤	錠	×	○		
㊼調剤	錠	×	○		
㊽調剤	錠	×	○		
㊾調剤	錠	×	○		
㊿調剤	錠	×	○		

※1ヵ月分で発行されます。

図3は診療報酬明細書(レセプト)ではありません。

「報酬」の文言がありません。

図3

診療明細書 (記載例)

入院 氏名 ○○○ ○○様 受診日

項目名	点数	回数
医学管理 *薬剤管理指導料(救命救急入院料等算定患者)	430	1
注射 *点滴注射 ○C住100mg 0.1%100mL 1瓶 生理食塩液500mL 1瓶 *点滴注射料 *無菌製剤処理料	426	1
	95	1
	40	1
処置 *救命のための気管挿入装置 *カウンターショック(その他) *人工呼吸(5時間超)360分	500	1
	3500	1
	819	1

行われた医療行為、検査内容、投薬された薬剤名などを点数と共に記載

※受診日ごとに発行されます。

※図1の診療報酬明細書(レセプト)を病院で発行していただけない場合は、2枚目の領収(診療)明細書に病院・薬局の記入、証明が必要です。