

提出先：日本アイ・ビー・エム健康保険組合(HZD-YY1)
 (〒103-8510 東京都中央区日本橋箱崎町19-21)

社内郵便番号	社内電話番号
—	(ボイスネット：)

(任意継続・特例退職被保険者の方は自宅電話番号)

被保険者療養費支給申請書

(第 回目)

(注意事項)
 輸血及びコルセット等治療用装置に関する申請のときは、医師による「治療のため必要と認める旨の証明書」および「実費についての領収書」を添付してください。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号 番号	被保険者が勤務する(していた)事業所	名称 所在地						
	傷病名				発病又は負傷の年月日	平成	年	月	日	
	発病又は負傷の原因									
	傷病の経過									
	診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称				所在地及び電話番号				
		氏名								
	診療又は手当の内容					入院期間	自平成	年	月	日
						コルセット装着日	至平成	年	月	日
	診療又は手当を受けた期間	自平成	年	月	日	日間	診療又は手当に要した費用の額	金	円	也
		至平成	年	月	日					
	診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨									
	療養の給付又は特定療養費もしくは家族療養費の支給を受けなかった理由									
	第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無				加害者の氏名				
						加害者の住所				
被扶養者に関する申請のとき	氏名				生年月日	明昭	年	月	日	被保険者との続柄
					月日	大平				
振込先銀行名	銀行 支店 (普通当座)									
	[IBM社員・関連会社社員は給与振込につき記入不要です] [健保に銀行口座を登録されている方は、登録済み口座に振り込まれますので記入不要です]									
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 〒 住所 被保険者の 氏名										
									(印)	
健康保険組合理事長 殿										

領収（診療）明細書

患者名											傷病名																		
入院外（点）															入院（点）														
初診	時間外・休日・深夜										回	初診	時間外・休日・深夜										回						
再診	再診	×										回	薬	内服											単位				
	外来管理加算	×										回		投	屯服											単位			
	時間外	×										回		外	外用											単位			
	休日	×										回		調	麻											日			
	深夜	×										回		毒	調											日			
指導												注射	皮下筋肉内											回					
在宅	往診											回	処置	静脈内											回				
	夜間											回		その他											回				
	深夜・緊急 在宅患者訪問診察											回		薬											回				
投薬	内服	薬剤											単位	手術・酔	麻	薬											回		
		調剤	×										回			酔	薬											回	
	外用	薬剤											単位		検査	薬	薬											回	
		調剤	×										回				画診	薬											回
	処方	×										回	像断		薬											回			
麻毒調基											回	その他	薬											回					
注射	皮下筋肉内											回	入院	入院年月日			年 月 日												
	静脈内											回		病	診	衣	入院料	×	日間										
その他											回	院				入院料		×	日間										
処置	薬	剤											回	食事	基準					入院時医学管理料	×	日間							
			回				×	日間																					
手術・酔	薬	剤											回			特定入院料・その他			×	日間									
			回				×	日間																					
検査	薬	剤											回						×	日間									
			回				円×	日間																					
画診 像断	薬	剤											回				円×	日間											
			回				円×	日間																					
その他	処方せん	×										回				円×	日間												
	薬	剤										回				円×	日間												
合計	請求点											点	円	合計	請求点											点	円		

上記のとおり領収（診療）いたしました。

平成 年 月 日

住所
医師の
氏名



(備考) すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。
 (添付書類についての注意)
 (1) 歯科診療に関する申請のときは、別の領収明細書をつけてください。
 (2) 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」および「血液代金の領収証書」をつけてください。
 (3) コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、それらの「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証書」をつけてください。
 この場合、右の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。