

提出先： 日本アイ・ビー・エム健康保険組合
〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町36-2
Daiwaリバーゲート南ウイング10階

社内郵便番号	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
被扶養者

療 養 費 支 給 申 請 書

(第 回目)

被 保 険 者	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				発症または負傷の年月日	平成・令和	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	所在地				
		氏名			電話番号	()	-			
	診療又は手当の内容				入院期間	自	平成・令和	年	月	日
					至	平成・令和	年	月	日	
	診療又は手当を受けた期間	自 平成・令和 年 月 日 E 日間 至 平成・令和 年 月 日 E 日間			コルセット装着日	平成・令和 年 月 日				
					診療又は手当に要した費用の額	金				円也
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、その他厚生労働大臣が定める療養を含む時はその旨										
療養の給付又は特別療養費もしくは家族療養費の支給を受けることができなかった理由										
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	昭平 令	年	月	日	被保険者との続柄	
入 欄	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]									
上記の通り申請いたします										
令和 年 月 日										
〒 住所										
被保険者 氏名										
健康保険組合理事長 殿 印										

受付日付印

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	単位	投薬	内服	×	回	単位	注射	皮下筋肉内	×	回	単位	
	外来管理加算	×	回	単位		頓服	×	回	単位		静脈内	×	回	単位	
	時間外	×	回	単位		外用	×	回	単位		その他	×	回	単位	
	休日	×	回	単位		調剤	×	回	単位		その他	×	回	単位	
	深夜	×	回	単位		麻毒	×	回	単位		その他	×	回	単位	
指導					在宅	往診	×	回	単位	処置	在宅患者訪問診察	×	回	単位	
投薬	内服	薬剤	×	回	単位	外用	薬剤	×	回	単位	手術・酔	麻酔	×	回	単位
		調剤	×	回	単位		調剤	×	回	単位		検査	×	回	単位
	処方	×	回	単位	麻毒	×	回	単位	診画像	×		回	単位		
	調剤	×	回	単位	調剤	×	回	単位	その他	×		回	単位		
	調剤	×	回	単位	調剤	×	回	単位	その他	×		回	単位		
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	×	日間						
処置	その他				回	院	入院料				×	日間			
	薬剤				回		入院時医学管理料				×	日間			
手術・酔	薬剤				回	食	特定入院料・その他				×	日間			
	薬剤				回		基準				×	日間			
検査	薬剤				回	事	円×				日間				
	薬剤				回		円×				日間				
診画像	処方せん				×	回	円×				日間				
	薬剤				×	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								
上記の通り領収（診療）いたしました。															
令和 年 月 日															
住所 医師の 氏名															
⑩															

（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「血液代金の領収書」をつけてください。
 - (3) コルセット・ギプス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の療養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。