



# 領収(請求)明細書

( 月 日から 月 日までの分)

氏名	本人		昭平令		年 生	職務上外の例	上 ・ 外			
	家族	男	女	昭平令			診 療	開 始 日	(1) 年 月 日	(2) 年 月 日
傷病名	(1)	(2)	(3)	診 療	開 始 日	(1) 年 月 日	(2) 年 月 日	(3) 年 月 日		
診察料	初 診	回	円	診療実日数		転	帰			
	再 診 往 診	回 回		日	治 癒	死 亡	中 止			
投薬料	内 服 屯 服 外 用 麻薬・毒薬加算	回 回 回	円							
注射料	皮 下 筋 肉 内 静 脈 内 そ の 他	回 回 回	円							
処置料		回 回 回	円							
手麻酔・料		回 回	円							
検査・レントゲン料		回 回 回 回	円							
その他			円							
入院料	病 食	看特2	入院年月日	年	月	日				
		看特1	入院料(室料・看護料・給食料)				日			
	普 食	看特1	食 有	×			日間			
		看特1	食 無	×			日間			
		看特1	特 食	×			日間			
	診 療 所	基 礎 衣	看 1	医 食	×		日間			
			看 1	外 室 料 ・ 看 護 料	×		日間			
		看 2	看 1	泊 室 料	×		日間			
			看 2	入院時医学管理料	×		日間			
			看 2	2週間以内	×		日間			
看 3	看 2	2週間超1月以内	×		日間					
	看 3	1月超3月以内	×		日間					
看 3	看 3	3月超～	×		日間					
医療機関の種別		甲 ・ 乙								
① 合 計			円	② 公 費 負 担 額		精神	円			
						結核	円			

(添付書類についての注意)

次の各場合には、右の領収明細書は必要ありません。(一、二、三、六、の場合)

一、歯科診療に関する申請のときは、別の診療報酬明細書(歯科)をつけて下さい。

二、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」及び「血液代金の領収証書」をつけて下さい。

三、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「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費についての領収証書」をつけて下さい。

四、領収(請求)明細書の記載は診療報酬明細書に準じて記載して下さい。

五、領収(請求)明細書にかえて診療報酬明細書を使用しても差し支えありません。

六、保険薬局は、領収(請求)明細書にかえて調剤報酬明細書を使用して下さい。

七、入院の場合の部屋代の差額等は記載しないで下さい。

八、すでに申請の対象となる費用について領収証書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下さい。

上記明細書のとおり (①-②)  
平成 年 月 日  
医療機関の所在地  
名 称  
開設者氏名

円を領収しました。  
請求します。

印

常務理事	事務長	業務課長	課長代行	業務係長	係

## 負傷原因の回答

(事業所名)

健康保険証の	記号 番号		被保険者の氏名		(印)
負傷者の氏名				被保険者との続柄	
連絡先	(自宅・会社・携帯・その他)				

負傷の原因について記入してください。(該当する□にチェック☑してください)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	<p>[負傷日時・場所等]</p> <p>1. いつケガ（負傷）しましたか。          平成・令和      年      月      日（      曜日）  <input type="checkbox"/> 午前・<input type="checkbox"/> 午後      時      分頃</p> <p>2. ケガ（負傷）をした日は次のうちどの日でしたか。  <input type="checkbox"/> 出勤日・<input type="checkbox"/> 休日（定休日・休暇含む）  <input type="checkbox"/> その他（      ）</p> <p>3. ケガ（負傷）をした時は次のうちどの時間帯でしたか。  <input type="checkbox"/> 勤務時間中・<input type="checkbox"/> 通勤途中（<input type="checkbox"/>出勤・<input type="checkbox"/>退勤）  <input type="checkbox"/> 出張中・<input type="checkbox"/> 私用・<input type="checkbox"/> その他（      ）</p> <p>4. ケガ（負傷）をした場所はどこでしたか。  <input type="checkbox"/> 会社内・<input type="checkbox"/> 道路上・<input type="checkbox"/> 自宅  <input type="checkbox"/> その他（      ）</p> <p>5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。  <input type="checkbox"/> 交通事故・<input type="checkbox"/> 暴力（ケンカ）  <input type="checkbox"/> スポーツ中（<input type="checkbox"/>職場の行事・<input type="checkbox"/>職場の行事外）  <input type="checkbox"/> 動物による負傷（飼い主   <input type="checkbox"/>有・<input type="checkbox"/>無）  <input type="checkbox"/> あてはまらない</p> <p>6. 「上記 5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。</p> <p>相手   <input type="checkbox"/> 有   → {   <input type="checkbox"/> あなたは被害者                    <input type="checkbox"/> 無                    <input type="checkbox"/> あなたは加害者                                            ↓                                            加害者へ医療費の                                            請求をしますか？  <input type="checkbox"/> 不明                   <input type="checkbox"/>する   <input type="checkbox"/>しない</p> <p>※相手のいる負傷の場合は、「第三者行為による傷病届」が必要となります。当組合にご連絡をください。</p>	<p>[受診した医療機関]</p> <p>7. 診療を受けた医療機関名とその期間等</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>平・令      年      月 ~ 平・令      年      月  <input type="checkbox"/> 治癒   ・<input type="checkbox"/> 治療中</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>平・令      年      月 ~ 平・令      年      月  <input type="checkbox"/> 治癒   ・<input type="checkbox"/> 治療中</p> <p>8. 負傷したときの状況（原因）を具体的に記入してください。</p>
--	---	---

注) 労働災害、通勤災害に該当すると思われるときは、この回答を貴社 健保事務担当者へ提示することがありますので、ご承知おき下さい。

受 付 日 付

治療用靴型装具の写真について

平成 30 年 4 月 1 日から靴型装具に係る療養費支給申請書への添付書類について、当該装具の写真の添付が必要となります。尚、写真の撮影者は、被保険者本人、受診者本人、義肢装具士、事業者等いずれであっても差し支えありません。下記事項をご確認のうえ申請ください。

## (1) 撮影方法について

- ・ 購入された靴型装具の付属品等を含む全てを撮影してください
- ・ ロゴやタグ（サイズ表記）がある場合は、その部分も撮影し添付してください
- ・ 中敷き等（靴の中に入れるタイプの装具）がある場合は、靴の中から取り出して撮影してください

## (2) 留意事項

- ・ 装具の形状がはっきり確認できない場合は、再提出をお願いする場合があります。
- ・ 靴型装具以外（治療用眼鏡、コルセット等）の申請は当該添付の必要はありません。
- ・ 写真（画像）をメールで送信する場合\*は、下記アドレスに添付して送信してください。

メール送信用 [sogu@itcrengo.com](mailto:sogu@itcrengo.com)

**※メール送信する場合は、別紙 2（治療用靴型装具の写真について（メール送信用））を必ずご確認ください**

（撮影日： 年 月 日）

伊藤忠連合健康保険組合

保険証 記号 - 番号	被保険者氏名	受診者氏名
—		
療養費支給申請書に添付の「意見書」及び「装具装着証明書」に記載のある事項		
作成した治療用装具名	意見書の証明日	装着年月日
	年 月 日	年 月 日

## 写真貼付用

※写真が複数枚ある場合は、裏面又は当用紙をコピーしてご利用ください

治療用靴型装具の写真について（メール送信用）

平成30年4月1日から靴型装具に係る添付書類について当該装具の写真の添付が必要となります。

携帯・スマートフォン等で画像データを提出される場合は、送信者管理のため、切り取り線以下の「治療用靴型装具作製確認書」と一緒に画像を撮影したメールをお送りください。尚、写真の撮影者は、被保険者本人、受診者本人、義肢装具士、事業者等いずれであっても差し支えありません。下記事項をご確認のうえ申請ください。

(1) 撮影方法について

- ・ 購入された靴型装具の付属品等を含む全てを撮影してください
- ・ ロゴやタグ（サイズ表記）がある場合は、その部分も撮影し添付してください
- ・ 中敷き等（靴の中に入れるタイプの装具）がある場合は、靴の中から取り出して撮影してください。

(2) 送信方法について

- ・ 療養費支給申請書一式を健康保険組合に送付した日に、撮影した画像データを下記アドレスまで送信ください。

送信先メールアドレス [sogu@itcrengo.com](mailto:sogu@itcrengo.com)

(3) 留意事項

- ・ 装具の形状がはっきり確認できない場合は、再提出をお願いする場合があります。
- ・ 靴型装具以外（治療用眼鏡、コルセット等）の申請は当該添付の必要はありません。

----- 切り取り線 -----

治療用靴型装具 作製確認書

（撮影日： 年 月 日）

保険証 記号・番号	被保険者氏名	受診者氏名
—		
療養費支給申請書に添付の「意見書」及び「装具装着証明書」に記載のある事項		
作成した治療用装具名	意見書の証明日	装着年月日
	年 月 日	年 月 日