

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1 2 被保険者(申請者)記入用

被保険者等 記号・番号 1000-2000 被保険者氏名 海空 太郎

申請内容
1 受診者 2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
1-①家族の場合はその方の氏名・生年月日 氏名 海空 花子 生年月日 昭和 平成 令和 25年 6月 13日
2 傷病名 右足関節捻挫 3 発病または負傷年月日 令和 8年 3月 20日
4 発病又は負傷の原因および経過(詳しく) 2 1. 病気 2. ケガ (いつ、どこで、何をしていた時、どのように負傷しましたか?具体的にご記入ください) 令和8年3月20日の16時ごろ、バレーボールの練習中に足をくじいて負傷した。
5 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか? 2 1. はい 2. いいえ 「1. はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。
6 診療を受けた医療機関等の名称・所在地・医師等の氏名 名称 所在地 診療した医師等の氏名 健保整形外科 東京都〇〇区△△町×-× 健保 健太 うみそら薬局 東京都〇〇区△△町〇〇 今田 てい
7 診療を受けた期間 (令和)年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 1 日
8 診療の内容 [x] 診察 [] 検査 [] 注射 [x] 投薬 [] その他(*具体的に)
9 療養に要した費用の額 14,300 円
10 療養費の支給申請の理由 2 1. 加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため 2. マイナ保険証や資格確認書の持参を忘れたため 3. 他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため 9. その他 (理由)

本人 ・ **家族**
 入院 ・ **外来**

※該当するものをマルで囲んで下さい。

下記のとおり領収（診療）いたしました。

令和 8 年 3 月 23 日

8 年 3 月分 診療内容明細書

氏名	海空 花子			医療機関の所在地	東京都〇〇区△△町×-×		
	(男・女) 昭・平・令 25 年 6 月 13 日生			医療機関の名称	健保整形外科		
職務上の事由	職務上・下船後3ヶ月以内・通勤災害						
傷病名	(1) 右足関節捻挫			診療開始日	(1) 8 年 3 月 23 日	診療実日数	1 日
	(2)				(2) 年 月 日	転	帰
	(3)				(3) 年 月 日	治癒	死亡
	(4)				(4) 年 月 日	中止	
	(5)				(5) 年 月 日		
①	初診・時間外・休日・深夜 1 回 303 点			11 01	初診料		
②	②① 内服	単位			医療情報取得加算（初診）		
③	②② 屯服	単位			医療 DX 推進体制整備加算 2（初診）		
④	②③ 外用	単位			303 × 1		
⑤	②④ 調剤	日		40 01	消炎鎮痛等処置（器具等による療法）		
⑥	②⑤ 麻毒	日			35 × 1		
⑦	②⑥ 調基	回		60 01	超音波検査（断層撮影法）		
⑧	③① 皮下筋肉内・静脈内	回			具体的な臓器又は領域：膝		
⑨	③③ その他	回		70 01	単純撮影（デジタル撮影）4 枚		
⑩	④ 薬剤	1 回	35		撮影部位（単純撮影）：膝__；両		
⑪	⑤ 手麻酔	回			電子画像管理加算（単純撮影）335 × 1		
⑫	⑥ 検査	1 回	350		電子媒体保存 4 回		
⑬	⑦ 画像診断	1 回	335	80 01	処方せん料（その他） 60 × 1		
⑭	⑧ その他	1 回	68		一般名処方加算 2（処方箋料等） 8 × 1		
⑯ 入院	入院年月日	年 月 日		入院料	×	日間	点
	⑰	×	日間				
	⑱	×	日間				
	⑲	×	日間				
	⑲	×	日間				
⑳	特定入院料、その他	×	日間	×	日間	×	日間
⑳ 食事	基準	合	療養の給付	請求	決定	負担金額	備考
				1091 点	1091 点		
				日 × 日間			
				日 × 日間			
				日 × 日間			
⑳ 食事	日 × 日間			日	円	円	円
㉑ 高額療養費	点						

※受診医療機関に記入をご依頼ください。
 こちらの用紙を使わず受診医療機関発行の診療報酬明細書でも構いません。
 また、領収書と共に渡される「診療明細書」とは異なる書類となりますのでご注意ください。

診療報酬明細書
(医科入院外)

令和 8年 3 月分

都道府
県番号
13

医療機関コード

1000***

1	1社・国	3後 期	1単独	2本外	8高外一
医科	2公 費	4退 職	2併 3併	4六外 5家外	0高外7

様式第二(一)

保険者番号: _____

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号: _____

公費負担者①	公費負担者②	公費負担者③	公費負担者④
給付番号①	給付番号②	給付番号③	給付番号④

氏名: 海空 花子

生年: 25.6.13

性別: 4平

職務上の事由: 1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害

保険医療機関の所在地及び名称: 東京都〇〇区△△町×-× 健保整形外科

傷病名	(1) 右足関節捻挫	診療開始日	(1) 8年3月23日	転治ゆ	死亡	中止	診療実日数	1日
	(2)							
	(3)							

11	初診	時間外・休日・深夜	回数	点数	公費分点数
12	再診	×	回	303	
13	医学管理				
14	往診		回		
14	在宅		回		
20	21 内服薬	×	回		
20	22 頓服薬		回		
20	23 外用薬	×	回		
20	25 処方	×	回		
20	26 麻薬		回		
20	27 調剤		回		
30	31 皮下筋肉内		回		
30	32 静脈内		回		
30	33 その他		回		
40	処置		1回	35	
50	手術		回		
60	検査		1回	350	
70	画像		1回	335	
80	処方せん		2回	68	

11 01 初診料
医療情報取得加算 (初診)
医療 DX 推進体制整備加算 2 (初診)
303 × 1

40 01 消炎鎮痛等処置 (器具等による療法)
35 × 1

60 01 超音波検査 (断層撮影法)
350 × 1
具体的な臓器又は領域: 膝

70 01 単純撮影 (デジタル撮影) 4枚
撮影部位 (単純撮影): 膝; 両
電子画像管理加算 (単純撮影) 335 × 1
電子媒体保存 4回

80 01 処方せん料 (その他)
60 × 1
一般名処方加算 2 (処方箋料等) 8 × 1

請求	1,091	決定	1,091	一部負担金額	円
公費①				減額	円
公費②				高額療養費	円

医療機関発行の診療報酬明細書

調剤内容明細書

都道府 薬局コード
 県番号 8 年 3 月分 13 2000****

4	1 社・国	3 後 期	1 単 独	2 本 外	8 高 外
調 剤	2 公 費	4 退 職	2 2 併 3 3 併	4 4 外 6 6 家 外	0 高 外 7

公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②	

保険者番号		給付割合	1098 7()
-------	--	------	--------------

記号・番号

氏名 海空 花子
 1 男 2 女 昭 平 令 25. 6. 13 生
 職務上の事由 1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害

保険薬局 東京都〇〇区△△町〇〇
 の所在地 うみそら薬局
 及び名称

保険医療機関の所在地及び名称	東京都〇〇区△△町×-× 健保整形外科	保険氏名	1 健保 健太 6 2 7 3 8 4 9 5 10	受付回数	1 回 回 回
都道府県番号	点数表番号	医療機関コード			

医師番号	処方月日	調剤月日	処 方 医薬品名・規格・用量・剤形・用法	単位薬剤料	調 剤 報 酬 点 数			公費分点数
					調剤数量	調剤料	薬剤料 加 算 料	
1	3-23	3-23	【外用】 ① ジクロフェナクナトリウムテープ30 Mg ユートク 10×14 cm 28枚 1日1回膝に貼付 1日容量 2枚	49点	1	10点	49点	点
2	3-23	3-23	【外用】 ① ロキソプロフェンNa錠60mg「サワイ」 2錠 ② ムコスタ錠100mg 2錠	4	14	24	56	
3	3-23	3-23	【外用】 ① フェルピナクスチック軟膏3%「三笠」 40g	18	1	10	18	

摘 要	※高額療養費	円
	※公費負担点数	点
	※公費負担点数	点

保 険	請 求 点	※ 決 定 点	一部負担金額	円	調剤基本料	点	時間外等加算	点	薬学管理料	点
	342	342			62		40		薬A1	45
公 費 ①	点	点		円	点		点			点
公 費 ②	点	点		円	点		点			点

※調剤薬局に記入をご依頼ください。
 こちらの用紙を使わず調剤薬局発行の調剤報酬明細書でも構いません。
 また、領収書と共に渡される「診療明細書」とは違う書類となりますのでご注意ください。

調剤報酬明細書

都道府 薬局コード
県番号

令和 8 年 3 月分

13 2000****

4 調剤	1 社・国 2 公 費	3 後 期 4 退 職	1 単 独 2 2 併 3 3 併	2 本 外 4 六 家 6 外 家	8 高 外 一 0 高 外 7
---------	----------------	----------------	-------------------------	-------------------------	--------------------

公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①
公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②

保険者番号	給付割合	10 9 8 7 ()
記号・番号		

氏名	海空 花子	特記事項
性別	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 25. 6.13生	
職務上の事由	1 職務上 2 下船後 3 月以内 3 通勤災害	

東京都〇〇区△△町〇〇
うみそら薬局

保険医療機関の所在地及び名称	東京都〇〇区△△町×-× 健保整形外科	保険氏名	1 健保 健太 2 3 4 5	6 7 8 9 10	受付回数	1 回 回 回
都道府県番号	13	点数表番号	医療機関コード	1 0 0 0 * * *		

医師番号	処方月日	調剤月日	処 方 医薬品名・規格・用量・剤形・用法	単位薬剤料	調 剤 報 酬 点 数			公費分点数
					調剤数量	調剤料	薬 剤 料	
1	3-23	3-23	【外用】 ① ジクロフェナクナトリウムテープ 30 Mg ユートク 10×14 cm 28 枚 1日1回膝に貼付 1日容量 2枚	49 点	1	10 点	49 点	
2	3-23	3-23	【外用】 ① ロキソプロフェン Na 錠 60 mg 「サワイ」 2錠 ② ムコスタ錠 100 mg 2錠	4 14	24	56		
3	3-23	3-23	【外用】 ① フェルビナクスチック軟膏 3% 「三笠」 40 g	18	1	10	18	

摘 要	※高 額 療養費	円
	※公費負担点数	点
	※公費負担点数	点

保 險	請 求 点	※ 決 定 点	一部負担金額	円	調剤基本料	点	時間外等加算	点	薬 学 管 理 料	点
	342	342			62		40		薬 A1	
公 費 ①										45
公 費 ②										