

被保険者証	(記号) — (番号)	事業所の名称	
被保険者の氏名		生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日
申請が被扶養者に関するとき	(被扶養者の氏名)	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日
	(続柄)	扶養認定日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日
傷病名と発病または負傷の原因及び経過	傷病名	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日
	原因		(どこで、何をしている時に、どうなったか等具体的に記入してください)
診療を受けた病院・医院	名称	医師の氏名	第三者(他人)によるものですか
	所在地		

申請の理由

※該当する理由に✓してください。

- 誤って以前加入していた他の保険者の保険証を使用したため
 保険証交付の手続き中、または緊急やむを得ず保険証を持たずに受診し、自費で診療を受けたため
 治療用装具、小児弱視等の治療用眼鏡等の作成、弾性着衣等の購入

上記のとおり申請します。

住所 〒 —

令和 年 月 日

電話番号(日中の連絡先) ()

パレット健康保険組合 理事長殿

被保険者氏名(申請者)

※在籍者の方は会社を通じての支給となりますので、委任状欄に記入してください。

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	被保険者氏名(申請者)
	令和 年 月 日	受領代理人氏名
		(会社が受領代理人として届出ている人)

※退職者の方のみ振込口座を指定してください。(任意継続被保険者の方は登録口座へお振込みいたしますので、記載は不要です。)

退職者記入欄	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入。) ※口座情報の反映には日数を要します。						
	振込先	金融機関コード	支店コード	フリガナ			
		金融機関名	銀行 信用金庫	支店名	本店 支店	口座名義	
	預金種別	普通・当座	口座番号				

こんなとき	添付書類
① 保険証を持たずに受診したとき	A+B+C
② 以前加入していた国保等へ診療費を返還したとき	A+D
③ リンパ浮腫治療用の弾性着衣等を購入したとき	C+E
④ 小児弱視等の治療用眼鏡に関する申請のとき (対象者9歳未満)	C+F
※領収書の宛名は対象者氏名で、治療用眼鏡等の記載があるもの	
⑤ 治療用装具、義肢等に関する申請のとき	C+G+H
靴型装具は現物写真も添付(全体が確認できるカラーのもの) ※領収書の宛名は対象者氏名であること	

添付書類一覧	
A	診療報酬明細書(傷病名の記載があるもの) ※会計時に窓口で発行される診療明細書ではありません
B	調剤報酬明細書(調剤薬局で発行) ※会計時に窓口で発行される調剤明細書ではありません
C	領収書(原本)
D	納入告知書兼領収書(原本)
E	弾性着衣等装着指示書
F	保険医の作成指示書及び視力等の検査結果
G	種類および内訳別の明細(原本)
H	保険医が治療上必要と認めた意見書及び装着証明書 ※意見書のみは不可

受付日付印

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号の確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄

2024. 3

【個人情報保護法への取り組みについて】

本書面および添付書類に記載された内容や本請求(申請)において知り得た個人の情報について他の目的のために使用したり、第三者に提供することはありません。

健康 保険 記入 欄	資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日		
	自費診療		治療費装具		保険証回収日	
	令和 年 月 日		令和 年 月 日 装着		平成 年 月 日	
	令和 年 月 日 日間				令和 年 月 日	
	請求額	円	法定給付	円	受付No.	
	査定額	円	付加給付	円	支給決定額	
一部負担金	円	指定公費	円	円		

診療明細書

(保険診療に対する点数
1点 円)

- ・別途、診療報酬明細書を添付する場合は不要です
- ・治療用（装具・眼鏡・弾性着衣）申請の場合は不要です

患者名			傷病名			日数	日	
①初診	時間外・休日・深夜	回	円					
⑫再診	再診	×	回					
	外来管理加算	×	回					
	時間外加算	×	回					
	休日加算	×	回					
	深夜加算	×	回					
⑬指導		×	回					
⑭在宅	往診		回					
	夜間		回					
	深夜・緊急		回					
	在宅患者訪問診療 その他 薬剤		回					
⑯投薬	①内服	薬剤 調剤	×	単位				
	②屯服		×	単位				
	③外用	薬剤 調剤	×	単位				
	④処方		×	回				
	⑤麻・毒		×	回				
	⑥調基		×	回				
	⑰注射	①皮下筋肉内		回				
②静脈内			回					
③その他			回					
⑱処置	薬剤		回					
⑲手麻酔	薬剤		回					
⑲検査	薬剤		回					
⑲画像診断	薬剤		回					
⑳その他	処方せん	×	回					
	薬剤							
㉑入院	入院年月日	年	月	日				
	⑩入院料	×	日間	円				
		×	日間					
		⑪入院時医学管理料	×	日間				
			×	日間				
⑫特定入院料・その他								
合計			円					
上記のとおり診療致しました。				令和	年	月	日	
住所（所在地）								
医療機関名								
医師の氏名								
電話番号				()				

※歯科診療につきましては、診療報酬明細書を添付してください。

個人情報保護法への取り組みについて

本書面および添付書類に記載された内容や本請求（申請）において知り得た個人の情報について、他の目的のために利用したり、第三者に提供することはありません。

被保険者証	(記号) 000 — (番号) 1234567	事業所の名称	ABC株式会社
被保険者の氏名	健保 太郎	生年月日	1.昭和 2.平成 46年 1月 5日
申請が被扶養者に関するとき	(被扶養者の氏名) 健保 一郎 (続柄) 長男	生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和 1年 8月 1日
傷病名と発病または負傷の原因及び経過	傷病名	インフルエンザA型	発病または負傷の年月日
	原因	(どこで、何をしている時に、どうなったか等具体的に記入してください) 自宅で発熱	
診療を受けた病院・医院	名称	●△ 医院	第三者(他人)によるものですか
	所在地	東京都豊島区00丁目0番000-0	
申請の理由	※該当する理由に✓してください。 <input type="checkbox"/> 誤って以前加入していた他の保険者の保険証を使用したため <input checked="" type="checkbox"/> 保険証交付の手続き中、または緊急やむを得ず保険証を持たずに受診し、自費で診療を受けたため <input type="checkbox"/> 治療用装具、小児弱視等の治療用眼鏡等の作成、弾性着衣等の購入		

上記のとおり申請します。 住所 〒 000-3333 東京都豊島区池袋1丁目2-3 □△マンション123
令和 5年 1月 6日 電話番号(日中の連絡先) 080(0000)1111

パレット健康保険組合 理事長殿

被保険者氏名(申請者) 健保 太郎

※在籍者の方は会社を通じての支給となりますので、委任状欄に記入してください。

委任状 本申請に基づく給付金に関する 被保険者氏名(申請者) 健保 太郎
受領を代理人に委任します。 受領代理人氏名 事業主 記入
令和 5年 1月 6日 (会社が受領代理人として届出ている人)

※退職者の方のみ振込口座を指定してください。(任意継続被保険者の方は登録口座へお振込いたしますので、記載は不要です。)

退職者記入欄	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入。)*口座情報の反映には日数を要します。						
	金融機関コード		支店コード		フリガナ		
	金融機関名	銀行 信用金庫	支店名	本店 支店	口座名義		
振込先	預金種別	普通・当座	口座番号				

こんなとき	添付書類
① 保険証を持たずに受診したとき	A+B+C
② 以前加入していた国保等へ診療費を返還したとき	A+D
③ リンパ浮腫治療用の弾性着衣等を購入したとき	C+E
④ 小児弱視等の治療用眼鏡に関する申請のとき (対象者9歳未満)	C+F
※領収書の宛名は対象者氏名で、治療用眼鏡等の記載があるもの	
⑤ 治療用装具、義肢等に関する申請のとき	C+G+H
靴型装具は現物写真も添付(全体が確認できるカラーのもの) ※領収書の宛名は対象者氏名であること	

添付書類一覧	
A	診療報酬明細書(傷病名の記載があるもの) ※会計時に窓口で発行される診療明細書ではありません
B	調剤報酬明細書(調剤薬局で発行) ※会計時に窓口で発行される調剤明細書ではありません
C	領収書(原本)
D	納入告知書兼領収書(原本)
E	弾性着衣等装着指示書
F	保険医の作成指示書及び視力等の検査結果
G	種類および内訳別の明細(原本)
H	保険医が治療上必要と認めた意見書 及び 装着証明書 ※意見書のみは不可

受付日付印

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号の確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄

2024.3

【個人情報保護法への取り組みについて】

本書面および添付書類に記載された内容や本請求(申請)において知り得た個人の情報について他の目的のために使用したり第三者に提供することはありません。

健 保 記 入 欄	資格取得日	昭和・平成・令和	年 月 日	資格喪失日	令和	年 月 日
	自費診療		治療費装具		保険証回収日	
	令和 年 月 日		令和 年 月 日 装着		平成	年 月 日
	令和 年 月 日	日間			令和	年 月 日
	請求額	円	法定給付	円	受付No.	
査定額	円	付加給付	円	支給決定額		
一部負担金	円	指定公費	円	円		