決議					

受付年月日	令和　年　月　日		
伺年月日	令和　年　月　日		
決裁年月日	令和　年　月　日		
支払年月日	令和　年　月　日		

支給決定額	円
支給期間	自:令和　年　月　日 至:令和　年　月　日　日間
資格取得日	昭平令　年　月　日
資格喪失日	令和　年　月　日

＊上記枠内は記入しないで下さい。

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書（第 1 回目）

立替払等・治療用装具・その他

被保険者等記号・番号	記号	○○○○	被保険者氏名	健　保　信之介	
	番号	○○○○	生年月日	S H ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	
事業所名称所在地	名称	○○○○株式会社			
	所在地	東京都青梅市東青梅○丁目○○○番地○○号			
被扶養者に関する申請のとき	氏名		生年月日	S H R 年 月 日	被保険者との続柄
傷病名		腰椎椎間板ヘルニア	発病又は負傷の年月日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	
発病又は負傷の原因及びその経過		日曜大工をしていて腰をひねった。			
診療を受けた医療機関の名称・所在地及び医師氏名	名称	○○市立総合病院			
	所在地	東京都青梅市○○町○○丁目○○○番地			
	医師名	○　○　○　○	電話	○○○○（○○）○○○○	
診療又は手当を受けた期間		自 令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ～ 至 令和○○ 年 ○○ 月 ○○ 日　○○ 日間			
診察に要した費用の額		金 ○○○○○ 円	入院・入院外の別	入院・入院外	
入院期間		令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間			
診療の内容			コルセット装着日	令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	
療養の給付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	住所	
				氏名	
備考					

上記のとおり申請します。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

住所　青梅市河辺町○○丁目○○番地○○号

被保険者　氏名　健　保　信之介

電話　○○○○（○○）○○○○

日本ケミコン健康保険組合　理事長　殿

（注意事項）

輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付してください。

受付日付印

委任状			
本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			令和　年　月　日
被保険者（申請者）	住所		
	氏名		
代理人	住所		委任者と代理人の関係
	氏名		〔　　〕
振込希望の金融機関	銀行・金庫・農協	支店	普通 当座 第　号

領　収　（診　療）　明　細　書

（　令和　　年　　月分　）

患者名		傷病名	

入院外

初診	時間外・休日・深夜		回
再診	再診	×	回
	外来管理加算	×	回
	時間外	×	回
	休日	×	回
	深夜	×	回
指導			
在宅	往診		回
	夜間		回
	深夜・緊急		回
	在宅患者訪問診療		回
	その他		
	薬剤		回
投薬	内服 薬剤		単位
	内服 調剤	×	回
	屯服 薬剤		単位
	外用 薬剤		単位
	外用 調剤	×	回
	処方	×	回
	麻毒		回
	調基		
注射	皮下筋肉内		回
	静脈内		回
	その他		回
処置			回
	薬剤		回
手術麻酔			回
	薬剤		回
検査			回
			回
	薬剤		回
画像診断			回
			回
	薬剤		回
その他	処方せん	×	回
	薬剤		回
合計			円

入院

初診	時間外・休日・深夜		回
投薬	内服		単位
	屯服		単位
	外用		単位
	調剤		日
	麻毒		日
	調基		
注射	皮下筋肉内		回
	静脈内		回
	その他		回
処置			回
	薬剤		回
手術麻酔			回
	薬剤		回
検査			回
			回
	薬剤		回
画像診断			回
	薬剤		回
その他	薬剤		回
入院	入院年月日	年　月　日	
	病衣	入院料	× 日間
			× 日間
			× 日間
		入院時医学管理料	× 日間
			× 日間
			× 日間
			× 日間
	特定入院料・その他		
食事	基準		
	円×		日間
	円×		日間
	円×		日間
	円×		日間
合計			円

上記のとおり領収（診療）いたしました。

令和　　年　　月　　日

医師　住所

氏名

領収書

金＿＿＿＿＿＿円也領収いたしました。

令和　　年　　月　　日

日本ケミコン健康保険組合　理事長　殿

受領者　住所

氏名