

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	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。

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		

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

被保険者証 記号・番号	記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇	被保険者氏名 健保 信之介	生年月日 S (H) 〇〇年 〇〇月 〇〇日
事業所 名称所在地	名称 〇〇〇〇株式会社 所在地 東京都青梅市東青梅〇丁目〇〇〇番地〇〇号		
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 〇〇年 〇〇月 〇〇日
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 〇〇市立総合病院 所在地 東京都青梅市〇〇町〇〇丁目〇〇〇番地 医師名 〇 〇 〇 〇	電話	〇〇〇〇 ( 〇〇 ) 〇〇〇〇
診療又は手当を受けた期間	自 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 至 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇〇 日間		
診察に要した費用の額	金 〇〇〇〇〇 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 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

住所 青梅市河辺町〇〇丁目〇〇番地〇〇号

被保険者 氏名 健保 信之介

電話 〇〇〇〇 ( 〇〇 ) 〇〇〇〇

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 住所 _____ (申請者) 氏名 _____	
	代理人 住所 _____ 氏名 _____	委任者と代理人の関係 [ _____ ]
振込希望の金融機関	銀行・金庫・農協	支店 普通 第 号 当座

### 領 収 ( 診 療 ) 明 細 書

( 令和 年 月分 )

患者名				傷病名				
入 院 外				入 院				
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	投薬	内服	単位		
	外来管理加算	×	回		屯服	単位		
	時間外	×	回		外用	単位		
	休日	×	回		調剤	日		
指導	深夜	×	回	調剤	日			
				調剤	基			
	在宅	往診	回		注射	皮下筋肉内	回	
		夜間	回			静脈内	回	
深夜・緊急		回		その他	回			
在宅患者訪問診療		回		処置	薬剤	回		
その他			手術		回			
投薬	薬剤		単位	検査	薬剤	回		
	内服調剤	×	回		薬剤	回		
	屯服薬剤		単位	画像診断	薬剤	回		
	外用薬剤	×	回		薬剤	回		
処方	×	回	その他	薬剤	回			
麻毒調基		回		薬剤	回			
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	入院料	×	日間
	その他	回					×	日間
処置	薬剤	回					×	日間
	薬剤	回				入院時理学料	×	日間
手術	薬剤	回					×	日間
	薬剤	回					×	日間
検査		回			特定入院料・その他			
	薬剤	回			食事	基準		
画像診断		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		円		合計		円		

上記のとおり領収（診療）いたしました。

令和 年 月 日

住所  
医師  
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
	住所 受領者 氏名