

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

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		

\*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 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 番号	被保険者氏名	S H 年 月 日		
事業所 名称所在地	名称 所在地				
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	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					
診療を受けた 医療機関の名称・所在地及び 医師氏名	名 称 所在地 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

被保険者 氏名

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 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	注射	麻毒	日			
	深夜	×	回		調基				
	在宅				皮下筋肉内	回			
	往診		回		静脈内	回			
在宅	夜間		回	処置	その他	回			
	深夜・緊急		回		薬剤	回			
	在宅患者訪問診療		回		手術	麻酔	薬剤	回	
	その他		回				薬剤	回	
投薬	薬剤		単位	検査	薬剤		回		
	内服調剤	×	回			画像	診断	薬剤	回
	屯服薬剤		単位					その他	薬剤
	外用薬剤	×	回			薬剤	回		
注射	処方	×	回	入院	入院年月日	年 月 日			
	麻毒		回			病 診 衣	入院料	×	日間
	調基		回			入院	入院料	×	日間
	皮下筋肉内		回					入院時理学料	×
静脈内		回	×	日間					
処置	その他		回	特定入院料・その他					
	薬剤		回						
手術	薬剤		回	食事	基準				
	麻酔		回			円×	日間		
検査			回	食事	円×	円×	日間		
	薬剤		回			円×	日間		
画像	薬剤		回			円×	円×	円×	日間
	診断		回					円×	日間
その他	処方せん	×	回						
	薬剤		回						
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