

支給決定額	円			
支給期間	自:令和	年	月	日
	至:令和	年	月	日
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。

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

被保険者等 記号・番号	記号	〇〇〇〇	被保険者氏名	健保 慎之介			
	番号	〇〇〇〇		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	〇〇〇〇〇〇株式会社					
	所在地	東京都〇〇市〇〇市〇〇丁目〇〇番地〇〇号					
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	〇〇〇〇	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	不明						
診療を受けた医療機関の名称・所在地及び医師氏名	名称	〇〇〇〇hospital					
	所在地	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇					
	医師名	〇〇〇〇〇〇	電話	()			
診療又は受けた期間	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	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	海外旅行中だったため						
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	無	加害者の住所	青梅市河辺町〇〇丁目〇〇番地〇〇号			
			加害者の氏名	健保 信之介			
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 (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 第 号

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		麻 毒		日	
					調 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					
投 薬	そ の 他			処 置			回	
	薬 剤		回		薬 剤		回	
	内 服 薬 剤		単位		手 術 酔			回
	屯 服 薬 剤	×	回			薬 剤		回
外 用 薬 剤		単位	検 査				回	
外 用 調 剤	×	回		薬 剤			回	
処 方	×	回		画 像 断			回	
麻 毒		回			薬 剤		回	
調 基			その他		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
							×	日間
処 置			回		入 管 院 時 理 医 学 科	×	日間	
	薬 剤		回			×	日間	
			回			×	日間	
	手 術 酔		回			×	日間	
手 術 酔	薬 剤		回	食 事	特 定 入 院 料 ・ そ の 他			
			回		基 準			
			回			円 ×	日間	
			回			円 ×	日間	
検 査			回	合 計		円 ×	日間	
	薬 剤		回			円 ×	日間	
			回			円 ×	日間	
			回			円 ×	日間	
画 像 断	薬 剤		回	合 計		円		
			回					
			回					
			回					
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	