療養費支給決定額									円
支給期間	自:平成　年　月　日 至:平成　年　月　日								日間
資格取得日		年	月	日					
資格喪失日	平成	年	月	日					

※上記枠内は記入しないで下さい。

決議	常務理事	事務長	主管	担当者

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

療養費支給申請書（第 1 回目）

被保険者 / 被扶養者

立替払等・治療用装具・その他

被保険者証記号・番号	記号	○○○○	被保険者氏名	健保　信之介	
	番号	○○○○	生年月日	昭和・平成 ○○ 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	明・大・昭・平　年　月　日	被保険者との続柄
傷病名		腰椎椎間接板ヘルニア	発病又は負傷の年月日	平成 ○○ 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 平成○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ～ 至 平成○○ 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		平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日　日間			
診療の内容			コルセット装着日	平成 ○○ 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。

平成 ○○ 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。　平成　年　月　日

被保険者（申請者）　住所＿＿＿＿＿＿　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・当座	第　号

領収（診療）明細書

（平成　　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		
	病診衣	入院料	×	日間
			×	日間
			×	日間
		入院管理料	×	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。

平成　　年　　月　　日

医師　住所

氏名　　㊞

領収書

金　　円也領収いたしました。

平成　　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　　㊞