

支 給 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							

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

*上記枠内は記入しないで下さい。

被保険者
被扶養者

海外療養費支給申請書 (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			被 保 険 者 氏 名							
	番 号			生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成	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	明 ・ 大 昭 ・ 平	年	月	日	被 保 険 者 と の 続 柄		
傷 病 名				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											
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	平 成		年	月	日	～	平 成	年	月	日	日 間
診 察 に 要 し た 費 用 の 額				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	別 紙 診 療 内 容 明 細 書 に よ る			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 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						
振 込 希 望 の 金 融 機 関	銀 行 ・ 金 庫 ・ 農 協				支 店 普 通 ・ 当 座 No.						
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>被保険者 氏名 (印)</p> <p>電話 ()</p> <p>日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿</p>											

(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 _____	(印)			
	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

領 収 (診 療) 明 細 書

(平成 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 剤		単位
	休 日	×	回		調 剤		日
	深 夜	×	回		麻 毒		日
指 導				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	処 置			回
	そ の 他				薬 剤		回
薬 剤		回	手 術 酔	薬 剤		回	
投 薬	内 服 剤	×	単位	検 査			回
	服 調 剤		回		薬 剤		回
	屯 服 剤		単位	画 像 断			回
	外 用 剤	×	単位		薬 剤		回
	処 方	×	回		そ の 他		回
麻 毒		回	入 院	入 院 年 月 日	年 月 日		
調 基		回		病 診 衣	入 院 料	×	日間
						×	日間
						×	日間
						×	日間
						×	日間
						×	日間
						×	日間
					特定入院料・その他		
					基 準		
注 射	皮下筋肉内		回	食 事	円 ×	日間	
	静 脈 内		回		円 ×	日間	
	そ の 他		回		円 ×	日間	
処 置	薬 剤		回		円 ×	日間	
手 術 酔	薬 剤		回				
検 査			回				
	薬 剤		回				
画 像 断			回				
	薬 剤		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。

平成 年 月 日

住所
医師 氏名

⑩

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

住所
受領者 氏名

⑩