

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	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	昭和	平成	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	明・大 昭・平	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	平成 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	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇											
	医師名	〇〇〇〇〇〇					電話	( )					
診療又は 受けた期間	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 〇〇 日間												
診察に要した 費用の額	〇〇〇〇〇〇			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 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									
				氏名									
振込希望の金融機関	銀行・金庫・農協 支店 普通・当座 No.												

上記のとおり申請します。  
平成 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 慎太郎  
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。		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 第 号				

## 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
再 診	再 診	× 回	時間外・休日・深夜
	外来管理加算	× 回	内 服
	時 間 外	× 回	屯 服
	休 日	× 回	外 用 剤
	深 夜	× 回	調 剤
			麻 毒
			調 基
指 導			皮下筋肉内
			静 脈 内
			そ の 他
在 宅	往 診	回	処 置
	夜 間	回	薬 剤
	深夜・緊急	回	
	在宅患者訪問診療	回	手 術
	そ の 他		麻 酔
	薬 剤	回	薬 剤
投 薬	内 服 剤	単位	検 査
	服 調 剤	× 回	
	屯 服 剤	単位	薬 剤
	外 用 剤	単位	画 像
	調 剤	× 回	断
	処 方	× 回	薬 剤
	麻 毒	回	そ の 他
	調 基	回	薬 剤
注 射	皮下筋肉内	回	入 院 年 月 日
	静 脈 内	回	年 月 日
	そ の 他	回	病 診 衣
処 置	薬 剤	回	入 院 料
		回	× 日間
手 術	薬 剤	回	入 管
		回	院 時 理
		回	医 学 料
		回	× 日間
		回	× 日間
		回	× 日間
検 査	薬 剤	回	特 定 入 院 料 ・ そ の 他
		回	
画 像	薬 剤	回	基 準
		回	
断	薬 剤	回	円 ×
		回	円 ×
そ の 他	処 方 せ ん	× 回	円 ×
	薬 剤	回	円 ×
合 計		円	食 事
			円 ×
			円 ×
			円 ×
			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 印

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 印