

【記入例】

支給伺 年 月 日

常務理事	事務長	主 査	担当者	支給額		区 分	一般 入院 入院外 歯 科 その他	計 算 式	診療 日数	日
				法定給付	円					
				附加給付	円					
				合 計	円					

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被扶養者に関するときはその者の氏名	健保 良子	生年 月日	1980年 1月 1日	被保険者 との続柄	妻
	傷 病 名	右足首捻挫	装具装着をした時期 入院中・ <input checked="" type="checkbox"/> 外来時 (いずれかに○印)	第三者行為によるも ので 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	公費該当 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	発病又は負傷の原因	バレーボール中の負傷	発 病 又 は 負傷の年月日	2018年 7月 5日		
	診療又は手当の期間	自 2018年 7月 5日 至 2018年 7月 5日	1日間	診療又は手当 に要した費用	7,500円	
	診 療 の 内 容 (いずれかに○印)	医科・歯科・ <input checked="" type="checkbox"/> 治療用装具・あんま・マッサージ・はり・きゅう・生血代・その他 ()				
	診療又は手当を受けた医師の住所・氏名	新潟○○病院 新潟県湯沢町湯沢△-○-×				
	療養を受けることができなかつた理由 (いずれかに○印)	旅行先・ <input checked="" type="checkbox"/> 保険証扱いでない装具装着・海外での診療・保険証関係申請中 その他 (詳細に)				

上記のとおり申請いたします。

2018年 7月 20日

東京電力健康保険組合理事長 殿

所属事業所名	HD本社		
被保険者証 記号・番号	100	-	1122222
被保険者 現 住 所	東京都多摩市百草△-○-○		
氏 名	健保 三郎		
連 絡 先 (内 線)	91-1111		

※押印は廃止となっております。

診療費領収証 (医科)

国内用

受診者名 氏名		診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
傷病名		診療開始日	年 月 日 実日数 日
診療内容			
⑪ 初診	時間外・休日・深夜	回	点
⑫ 再診	再診	×	回
	外来管理加算	×	回
	時間外加算	×	回
	休日深夜	×	回
⑬ 指導管理			
⑭ 在宅			
⑯ 投薬	⑰ 内服 { 薬剤調剤	×	単位回
	⑱ 屯服 { 薬剤調剤	×	単位回
	⑳ 外用 { 薬剤調剤		単位回
	㉑ 処方		回
	㉒ 麻毒加算		回
	㉓ 調基		回
	㉔ 注射	㉕ 皮下筋肉内 ㉖ 静脈内 ㉗ その他	
⑳ 処置	薬 剤		回
㉙ 麻酔手術	薬 剤		回
㉚ 検査	薬 剤		回
㉛ 診断画像	薬 剤		回
㉜ その他	薬 剤		回
㉝ 入院	自 月 日 至 月 日	日間	保険点数1点あたり単価 (1点= 円)
合計点数		点	領収金額 円
上記のとおり領収いたしました。			
所在地			
医療機関 名称 ㉞			
年 月 日 電話			

(注) 薬剤名はすべて記入して下さい。

診療担当者が記入するところ	入院	外来	<h2 style="margin: 0;">補装具装着証明書</h2>	
			氏名	健保 良子 様
			傷病名	右足首捻挫
			生年月日	1980年 1月 1日
	上記疾患の治療のため、補装具 (足装具) の装着が必要であることを証明致します。			
2018年 7月 5日		所在地	新潟県湯沢町湯沢△-〇-×	
		名称	新潟〇〇病院	
		保健医療機関	医師名	湯沢 太郎 ㉞
			電話	025-000-0000

(注) 補装具装着のときは、領収証の添付が必要です。なお、保険医の意見書がある場合は、補装具装着証明書の欄に証明は不要です。
 ・海外医療のときは、領収明細書の添付が必要です。
 ・歯科医のときは、歯科専用の領収書が必要です。