支 給 伺　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事 務 長 | 主　　査 | 担 当 者 | 支給額 | 区　　分 | 入　院一般入院外歯　科その他 | 計　算　式 |  | 診療日数 | 日 |
|  |  |  |  | 法定給付　　 | 円 |
| 付加給付 | 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 |  | 生年月日 | 　年　　月　　日 | 被保険者との続柄 |  |
| 傷病名 |  | 装具装着をした時期入院中・外来時（いずれかに○印） | 第三者行為によるもので　　有 ・ 無 | 公費該当有・無 |
| 発病又は負傷の原因 |  | 発病又は負傷の年月日 | 　　　年　　　　月　　　日 |
| 診療又は手当の期間 | 自　　　年　　月　　日 | 日間 | 診療又は手当に要した費用 | 円 |
| 至　　　年　　月　　日 |
| 診療の内容（いずれかに○印） | 医科・歯科・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 |  |
| 療養を受けることができなかった理由（いずれか○印） | 旅行先・保険扱いでない装具装着・海外での診療・保険資格申請中その他（詳細に） |

年　　　月　　　日

上記のとおり申請いたします。

東京電力健康保険組合理事長 殿

|  |
| --- |
| HD　・　PG　・　RP　・　EP |
|  | 基幹事業会社 | ＊該当の基幹事業会社に〇をつけてください |
| 被保険者 | 所属事業所名 |  |
| 社 員 番 号 |  |
| 現　住　所 |  |
| 氏　　　名 |  |
|  | 連 絡 先(内 線) |  |

※押印は廃止となっております。

　　**診療費領収証（医科）**

国内用

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （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 | 受 診 者氏　　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 | × | 回 |  |
| 深　　　　　夜 | × | 回 |  |
| ⑬指導　管理 |  |
| ⑭在宅 |  |
| ⑳ 投　　薬 | 内服 | { | 薬剤 |  | 単位 |  |
| 調剤 | × | 回 |  |
| 屯服 | { | 薬剤 |  | 単位 |  |
| 調剤 | × | 回 |  |
| 外用 | { | 薬剤 |  | 単位 |  |
| 調剤 |  | 回 |  |
| 処　　　　方 |  | 回 |  |
| 麻毒加算 |  | 回 |  |
| 調　　　　基 |  | 回 |  |
| 注射 | 皮下筋肉内 |  | 回 |  |
| 静脈内 |  | 回 |  |
| その他 |  | 回 |  |
| 処置 |  |  | 回 |  |
| 薬　　　　　剤 |  | 回 |  |
| 麻酔　手術 |  |  | 回 |  |
| 薬　　　　　剤 |  | 回 |  |
| 検査 |  |  | 回 |  |
| 薬　　　　　剤 |  | 回 |  |
| 診断　画像 |  |  | 回 |  |
| 薬　　　　　剤 |  | 回 |  |
| その他 |  |  | 回 |  |
| 薬　　　　　剤 |  | 回 |  |
| 入院 | 自　　　月　　　日 | 日間 |  | 保険点数１点あたり単価（１点＝　　　円） |
| 至　　　月　　　日 |  |
| 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 |  |  |
|  年　　　　月　　　　日 |  | 電話 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療担当者が記入するところ |  | **補装具装着証明書** |
|  | 入院 | 外来 |  |
|  | 氏名 |  | 様 |
|  |
| 傷 病 名 |  | 生年月日 | 　年　　月　　日 |
| 上記疾患の治療のため，補装具（　　　　　　　　）の装着が必要であることを証明致します。 |
| 　　　　　　年　　　月　　　日 | 保健医療機関 | 所在地 |  |
|  | 名　称 |  |
|  | 医師名 |  |  |
|  | 電　話 |  |

（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。