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。