【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						
				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	健保　さくら	生年月日	1993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・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	バレーボール中の負傷	発病又は負傷の年月日	2024年　7月　5日		
	診療又は手当の期間	自 2024年7月5日 至 2024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・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	東京都北区田端△―○―×　田端○○病院　医師○○　○○				
	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）				

上記のとおり申請いたします。　　2024年10月1日

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○をつけてください	
所属事業所名	オフィスサービスセンター　○○グループ	
被保険者	社員番号	1234567
	現住所	〒116-8550 東京都荒川区東尾久○-○-○
	氏　名	健保　太郎
	連絡先 (内線)	955-12345

※押印は廃止となっております。

診療費領収証（医科）

国内用

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	㉑内服 薬剤		単位
	㉑内服 調剤	×	回
	㉒屯服 薬剤		単位
	㉒屯服 調剤	×	回
	㉓外用 薬剤		単位
	㉓外用 調剤		回
	㉔処方		回
	㉖麻毒加算		回
	㉗調基		回
㉚ 注射	㉛皮下筋肉内		回
	㉜静脈内		回
	㉝その他		回
㊵ 処置			回
	薬剤		回
㊿ 麻酔手術			回
	薬剤		回
60 検査			回
	薬剤		回
70 診断画像			回
	薬剤		回
80 その他			回
	薬剤		回
90 入院	自　月　日	日間	
	至　月　日		

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　　㊞

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

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。