

【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	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					
				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 (様式給第五号)	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	新潟〇〇病院 新潟県湯沢町湯沢△一〇一×				
	療養を受けることができなかった理由 (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	本店
被保険者証 記号・番号	100 - 1122222
現住所	東京都多摩市百草△一〇一〇
氏名	健保 三郎 <input checked="" type="checkbox"/>

(注) 老人保健法該当者は申請できません。

# 診療費領収証 (医科)

国内用

診療 担 当 者 が 記 入 す る と こ ろ	受診者名		氏名		診期	療間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	傷病名				診開始日	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			回					
	㉖ 静脈内			回					
	㉗ その他			回					
㉘ 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									
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		<b>補装具装着証明書</b>					
			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					
			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。  
 ・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。