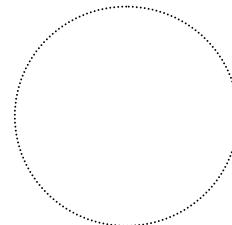


組 合 使 用 欄	起案年月日	年 月 日	係 員	部 課 長	事務局 長	常務理事
	支給決定金額	円				
	標準報酬	支 給 期 間		支 給 日 数	回 数	
	,000	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	日間	回目	
前回までの 支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	備 考			
資格関係 照 合 済	年 月 日 取得 年 月 日 喪失					



健康保険 被保険者 療養費支給申請書

平成〇〇年 〇月 〇日提出

被 保 険 者 の 記 入 欄	① 被保険者証の 記号・番号	記号 12	番号 345	② 事業所の名称	△□信用組合			
	③ 被保険者の氏名	信組 太郎 (信組印)		④ 被保険者の所 住	〒540-0026 大阪市中央区〇〇町2-3-4			
	⑤ 家族療養費の申請の 場合はその被扶養者の	氏名	信組 健一	生年月日	昭和 平成	〇〇年 4月 1日	続柄	長男
	⑥ 傷病名及び傷病の経過	網膜障害の疑い		⑦ 発病又は負傷の年月日	平成〇〇年 4月 10日			
	⑧ 負傷(けが)は第三者の 行為によるものですか	別途負傷届 はいを提出して (いいえ) (⑨に記入) ください		⑨ 発病又は負傷 の 原因	未熟児のため			
	⑩ 診療又は手当の期間	平成〇〇年4月 10日から 平成〇〇年4月 10日まで 1 日間		⑪ 診察又は手当を 受けた医療機関 の名称、所在 地、医師の氏名				
	⑫ 診療等に要した金額 又はコルセットの代金	6,600 円						
	⑬ 療養の給付を受けること ができなかった理由 (該当するところに○を つけてください。)	⑦ 治療用装具の装着 ① 自費で受診 ② その他		((①②の場合は保険証が使用できなかった理由) 被扶養者申請前				

委 任 状	⑭ 私は△□信用組合を代理人と定め、平成〇〇年 〇月 〇日請求した療養費・(第二家族療養費)の受領方を委任します。
	被保険者の 住所 大阪市中央区〇〇町2-3-4 氏名 信組 太郎 (信組印)
	代理人の 住所 大阪市北区〇〇町5-6-7 氏名 △□信用組合 理事長 〇□ 良一 (〇□印)

しんくみ関西健康保険組合

申請に必要な添付書類

- 治療用装具(コルセット等)を装着した場合
 - ・今回請求の装具にかかる「医師の意見書」及び「装具装着証明書」
 - ・支払った代金の領収書
 - ・装着した装具の内訳(領収書に内訳の記載があれば必要ありません)
- やむを得ず自費で診療を受けた場合
 - ・診療の内容に関する証明書(この用紙の裏面に証明を受けた場合は必要ありません)
 - ・その診療を受けた際に支払った代金の領収書

領 収 (診 療) 明 細 書

患者氏名 (生年月日)	傷 病 名	診 療 期 間	診 療 実 日 数
(昭和・平成 年 月 日生)		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日

診 療 の 内 訳		単 価	金 額	薬 名、用 量 等 の 明 細			
診 察 料	初診・時間外・深夜()						
	時間内	回					
	再診	回					
	時間外	回					
	深夜	回					
内科加算	回						
往診	回						
普通 難路 夜間	回						
暴風雨雪・同一家屋	回						
投 薬 料	外 科	調薬	回		剤	単位	
		処方	回		剤	単位	
	来 屯 服	調薬	回		剤	単位	
		処方	回		剤	単位	
	分 外 用	調薬	回		剤	単位	
		処方	回		剤	単位	
	入 院 分	内 科	調薬		回	剤	単位
			処方		回	剤	単位
		屯 服	調薬		回	剤	単位
			処方		回	剤	単位
分 外 用	調薬	回	剤		単位		
	処方	回	剤		単位		
注 射 料	皮下筋肉内	回					
	静脈内	回					
	その他	回					
処 置 及 び 手 術 料		回					
		回					
		回					
		回					
		回					
検 査 料	レントゲン	回					
		回					
		回					
		回					
そ の 他							
入 院 料	入院期間				普通給食 有・無 備考		
	年 月 日から	日間			基 食		
	年 月 日まで				基 寝		
	普 食	日間(内特食)	日間)		看1類		
	食なし	日間			看2類		
					看3類		
療 養 に 要 し た 費 用 の 合 計			円				

◎この用紙へ直接記入することにより代えて、診療報酬、医療機関の名称、診療報酬明細書の用紙により証明書を作成しても差し支えありません。なお、その証明書には、医療機関の名称、所在地、医師の氏名・印が表示されていることが必要です。

上記のとおり診療を行い、その費用を領収しました。

平成 年 月 日

医療機関の所在地
 医療機関の名称
 医師の氏名・印
 連絡先の電話番号

()

(印)