

※ 組合 記入 欄	療養費 の種類	<input type="checkbox"/> 補装具等（コルセット・ギブス・義眼・小児弱視眼鏡）（ ）回	常務理事	事務長	担当者				
		<input type="checkbox"/> はり・きゆう（施術回数： ）回							
		<input type="checkbox"/> あんま・マッサージ（施術回数： ）回							
		<input type="checkbox"/> 保険証の未提出・已むを得ず保険医以外の医療機関での受診							
		<input type="checkbox"/> 輸血（生血）の血液代（輸血回数： ）回							
支給 決定の額	法定				取得	昭和 平成 令和	年	月	日
	付加				喪失	令和	年	月	日
	合計				決定標準報酬月額 千円				
支給額 算定内訳	備考								

健康保険 被保険者 療養費・療養費付加金支給申請書 (1/2) (第 回目)
家 族

日揮健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日 申請

被 保 險 者 が 記 入 す と こ ろ	① 被保険者証の	記号 番号	② 勤務している、または 勤務していた事業 所（会社）の名称	(任継者は「任意継続被保険者」、特退者は「特例退職被 保険者」と記入してください。)					
	③ 被保険者氏名				④ 生 年 日 月 日	昭和 平成	年 月 日		
	⑤ 申請が被扶養者の 場合はその者の	⑦ 氏 名	⑧ 生 年 日 月 日	昭和 平成	年 月 日	⑨ 被保険者 との続柄			
	⑥ 申請者の住所	〒							
	⑦ 傷 病 名					⑧ 発病または 負傷の年月日	令和 年 月 日	(負傷の場合は 時頃)	
	⑨ 発病または 負傷の原因								
	⑩ 傷病の経過								
	⑪ 診療または手当を 受けた病・医院の	⑪ 名 称				⑫ 所在地			
	⑫ 診療に従事した 医師の	⑫ 氏 名				⑬ 住 所			
	⑬ 診療の内容								
	⑭ 診療または手当 を受けた期間	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	日 間	⑮ 診療に要し た費用の額	金	円也		
	⑯ 療養の給付を受ける ことができなかった理由								
	⑰ 第三者の 行為について	⑰ 第三者行為の負傷か否か	ある・ない	⑱ その事実の届出の有無	ある・ない				
	⑰ 第三者の氏名と住所 (不明なときはその旨)	氏名				住所			

委 任 状	本申請に基づく療養費および同付加金に関する受領を代理人（事業主）に委任します。 令和 年 月 日
被 保 険 者	氏名 ⑰ 住所 ⑱ 代理人 ⑱ 氏名 ⑱

事業所 担当者印

※ 受付目付印

療養費・療養費付加金支給申請書 (2/2)

領収 診療 明細書

医 師 記 入 欄	傷病名					患者名				
	初診	時間外・休日・深夜	回	円						
	再診	再診	×	回						
		外来管理加算	×	回						
		時間外	×	回						
		休日	×	回						
	深夜	深夜	×	回						
		夜	×	回						
	医学管理									
	在宅	往診		回						
		夜間		回						
		深夜・緊急		回						
		在宅患者訪問診療		回						
	投薬	内服	薬剤		単位					
			調剤	×	回					
		頓服	薬剤		単位					
			調剤		単位					
		外用	薬剤		単位					
	処方	調剤	×	回						
	注射	処方	×	回						
調剤			回							
処置	皮下筋肉内		回							
	静脈内		回							
手術	その他		回							
	薬剤		回							
検査	薬剤		回							
	薬剤		回							
診画像	薬剤		回							
	薬剤		回							
その他	処方せん		回							
	薬剤		回							
入院	入院年月日				年	月	日			
	病診	入院基本料・加算	円							
			×	日間						
	院	特定入院料・その他	×	日間						
×			日間							
食事	基準	円×	回							
食事	特別	円×	回							
食事	食堂	円×	日							
療養の給付計					円	食事療養計				
※上記または別紙診療報酬明細書のとおり				領収	診療	いたしました。				
				令和	年	月	日			
住所										
医師の										
氏名										
				電話	()					
				⑩						

- 備考： 1. 「診療報酬明細書」と「領収証書」が発行できない場合は、本申請書 (2/2) に必要事項を記入・押印して下さい。
 2. 「領収証書」が発行できる場合は「領収」の文字を消し、「診療」の文字を○で囲み「診療明細書」として下さい。
 3. 「領収証書」が発行できない場合は「診療」の文字を消し、「領収」の文字を○で囲み「領収明細書」として下さい。
 4. ※印についても、上記2または3により「領収」・「診療」の文字を消すか、または○で囲むようにして下さい。
 5. 「領収」「診療」にかかわらず、本申請書に記入する場合は、必ず、署名・捺印をお願いします。