

決 定	令和 年 月 日		
常務理事	事務長	担当者	

支給年月日	令和	年	月	日
支 給 額	¥			円
支 給 期 間	自令和	年	月	日
	至令和	年	月	日

被保險者 療養費支給申請書 (第 回目)
被扶養者

日本化薬健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

(被保険者)

住所

氏 名

下記のとおり領収書添付のうえ申請します

被保険者証の 記号と番号	記号		番号		事業所名			
資格取得	年 月 日			資格喪失		年 月 日		
申請が被扶養者 に関するときは	氏名				生年月日	年 月 日		被保険者 との続柄
傷病名				発病または 負傷の年月日		令和 年 月 日		
発病または 負傷の原因				傷病の経過				
診療を受けた 医療機関	名称		医師名			所在地		
診療の内容	1. 診療		療養の給付を 受けられなかった理由			添 付 書 類	●領収書および診療明細書 ●マッサージのときは領収書 および診療明細書ならびに 医師の施術同意書	
	2. 治療装具を装着したとき						領収書および医師の証明	
診療を受けた 期間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日 日間			診療に要した 費用の額		金 円也		
第三者の行為 による負傷で あるとき	その事実 と届出の 有 無				氏 名			
					住 所			

委任状	表記請求金額の受領を_____に委任します
	令和____年____月____日 被保険者氏名

受 付 日 付 印

領収（診療）明細書

患者名		傷病名	
初診	時間外 深夜円	注射	皮下・筋肉内 静脈内回回
再診	時間内回 時間外回 深夜回	検査	
往診	普通・難路回 夜間・暴風雨雪回 同一家屋回	レントゲン	透視回 造影回
指導		処置及び手術	材料 麻酔剤回回回回
投薬	内服 一剤 二剤 屯服 外用 調剤		
入院	1月未満日間（日～日）	その他	
	1月～3月未満日間（日～日）		
	3月以上日間（日～日）	合計	
食事の有無			
上記のとおり領収（診療）いたしました			
年 月 日			
名称			
医療機関 住所			
医師名			

（備考）すでに領収証書を発行しているときは「領収」の字句を消して「診療明細書」として下さい。

- （添付書類についての注意）
- 次の場合にはうえの領収明細書は必要ありません。
- 1．輸血に関する申請のときは「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」をつけて下さい。
 - 2．歯科診療に関する申請のときは別の領収書をつける。
 - 3．コルセット、ギプス、義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費についての領収証書」をつけて下さい。
 - 4．はり、きゅう、マッサージのときは、領収書と保険医の同意書を添付。

受付日付印