

健康保険

被保険者
家 族

療養費支給申請書 (第 1 回目)

(立替払等 治療用装具・生血)

事業所担当者印を忘れずに

押印を忘れずに

事業所担当者印
印

被保険者証	記号	番号	昭和 平成	年	月	日	生年月日	
	5	2028999	昭 平	55	05	05		
被保険者の氏名と印	(フリガナ)	ケンボ タロウ		名称	コスモ石油(株)			
	健保 太郎			所在地	東京都港区芝浦1-1-1			
被保険者の住所	郵便番号	105 0014		(フリガナ)	トウキョウトミナトクシバ1チヨウメ10バン11ゴウ			(電話番号)
	東京都港区芝一丁目10番11号						03 - 3798 - xxxx	
療養が被扶養者に関するときは、その方の	氏名	該当なし		生年月日	昭和・平成	年	月	日生
傷病名	アキレス腱断裂		発病または負傷の原因およびその経過		サッカーで相手と激突し、切断した			発病または負傷年月日(療養開始日)
								年 5 月 5 日
診療を受けた病院等	名称	××病院		診療した医師氏名				
	所在地	市 町 番地		入院の場合にその期間を記入				
診療の期間(支給期間)	自	年	月	日	日数	入院 入院外の別	入院の場合左記の入院期間	
	至	年	月	日	27	入院外 入院	自平成 年 5 月 5 日	27日間
診療の内容	短下肢装具装着		療養の給付を受けることができなかった理由		病院で製作できないため			
	治療内容または装具の名称を		入院外または入院中の選択をしてください					
委任状	コスモ石油健康保険組合理事長殿		平成 年 月 日		健康保険証を提示できない理由ならびに治療用具を製作した理由を記入してください			
	上記のとおり申請いたします。							
委任状	上記により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。		被保険者 住所 東京都港区芝一丁目10番11号					
			氏名 健保 太郎					

被保険者の場合は該当なしと記入してください

治療期間を記入してください

任意継続被保険者以外の方はもれなく委任状が必要です。記入押印を忘れずに。

支 給 金 額			
法定給付			
付加給付			
合 計			

<算出の基礎>
(法定)
円 × % = 円
(付加)
円 × % = 20,000円
= 円

コスモ石油健康保険組合

常務理事	事務長	係

平成 年 月 日提出
取 付 日 付 印

領収（診療）明細書

患者名		傷病名	
-----	--	-----	--

種	目	回 日	数 数	点 数 (単価)	金 額	備 考		
初	診料	時間外・休日・深夜				時間外の場合は、その初診時刻		
再	診料					時間外の場合は、その初診時刻		
往	診料					往復距離(片道) キロメートル		
指	導	回						
投 薬	内服					薬名 単価 数量		
	屯服							
	外用							
	調剤							
注 射		回				薬名 単価 数量		
		回						
	皮下筋肉内	回						
	静脈内	回						
検 査		回				検査名		
		回						
レント ゲン	薬剤	回				使用フィルムの大きさ		
	透視	回						
	造影剤	回						
処置及び 手術		回				手術名又は患部の大きさ		
		回						
	材料	回						
	麻酔	回						
	薬剤	回						
入 院	入院年月日 年 月 日		入院料	x 日間 x 日間 x 日間		(高額療養費) 円		
	病 診	群1・夜1a等の加算明細				食 事	(基準)	円 x 日 円 x 日 円 x 日
	入院料明細						特 選	
合 計				(点数)	(金額)			

(備考) すべて申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。

(添付書類についての注意) (一) 歯科診療に関する申請の場合は、別の領収証書をつけてください。

(二) 輸血に関する申請のときは、「輸血を必用と認めた医療担当者」の証明書を、および「血液代金の領収証書」をつけてください。

(三) 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」の証明書を、および「実費についての領収証書」をつけてください。

上記のとおり領収（診療）いたしました。

平成 年 月 日

住所 〒
医師の
氏 名

印
電話 ()