

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)

(立替払等・治療用装具・生血)

事業所担当者印

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証		③ 生 年 月 日				
	①記号	②番号	昭和 平成 令和	年	月	日	
	被保険者の氏名と印	(フリガナ)		事業主	名称		
			Ⓜ		所在地		
	被保険者の住所	郵便番号	—	(フリガナ)		(電話番号)	
	療養が被扶養者に関するときは、その方の	④氏名			⑤生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生	⑥被保険者の続柄
	傷病名					発病または負傷年月日 (療養開始日)	年 月 日
	発病または負傷の原因およびその経過					第三者行為によるものですか いいえ ・ はい	
	診療を受けた病院等	名称			診療した医師氏名		
	所在地						
診療の期間(支給期間)	自 年 月 日	日数	⑦入院 入院外の別	入院の場合左記の入院期間		診療に要した費用の額	
	至 年 月 日	日	入院外 入院	自 令和 年 月 日	日間	円	
診療の内容			療養の給付を受けることができなかった理由				
委任状	コスモ石油健康保険組合理事長殿					令和 年 月 日	
	上記のとおり申請いたします。						
	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						
	氏名		Ⓜ				

	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 × % - 30,000円 = 円

*千円未満端数切捨

コスモ石油健康保険組合

常務理事	事務長	係

令和 年 月 日提出

Ⓜ
 取 付 日 付 印

領収（診療）明細書

患者名		傷病名	
-----	--	-----	--

(備考)すでに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)

- (1) 歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書をつけてください。
- (2) 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 および「血液代金の領収証書」をつけてください。
- (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「症状者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 および「実費についての領収証書」をつけてください。

種	目	回 日	数 数	点 数 (単価)	金 額	備 考		
初	診	料				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					
	薬 剤		回					
レ ン ト ゲ ン			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	× 日間 × 日間 × 日間	(高額療養費) 円		
	病 診	※I群1・夜1a等の加算明細				食 事	(基準)	円× 日
	入院料明細						特 選	円× 日 円× 日
合 計				(点数)	(金額)			

上記のとおり領収（診療）いたしました。

令和 年 月 日

住 所 〒
医師の
氏 名

(印)
電話 () —