**被保険者**

**家　　族**

**健康保険　　　　　　　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**  **との続柄** | | | | | |  | | | |
|  | **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** | | | | | | | | | | **記入不要** | | | | | | | | | | |
|  | **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** | | | | | | | |
|  | **自 令和 年 月 日**  **日間**  **至 令和 年 月 日** | | | | | | | | | | | | **円** | | | | | | | |
|  | **至** | | | |  | | **年** | | | |  | | **月** | | | |  | | **日** | | |  | | |  | | | **日** | | **入院外**  **・**  **入　院** | | | | | |
|  | **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** | | | | | | | | | | | | **名称等切替により、保険証の使用ができなかったため。** | | | | | | | | | | | | | | |
| **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **＜算出の基礎＞**  **(法定)**  **円　×　　　　　％　＝　　　　　　　　　　円** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **法定給付** | | | | |  | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | **付加給付** | | | | |  | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | **合　　計** | | | | |  | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | **コスモエネルギーグループ健康保険組合健康保険組合** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **(付加)**  **円　×　　　　　％　―　　３０，０００円**  **＝ 　　　　　　　　　円**  **\*千円未満端数切捨** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | **常務理事** | | | **事務長** | | | | | | | **係** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **令和　　　年　　　月　　　日提出** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

領収（診療）明細書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （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。  医療機関で領収書、診療明細書をもらっていれば、２枚目は不要です。領収書、診療明細書のコピーを添付してください。  　　　　(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・ギブス・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」および「実費についての領収証書」をつけてください。 |  | | 患者名 | | |  | | | | | | | 傷病名 | |  | | | |  |
|  | | | | | | | |  | | |  | |  | |  | | | |
| 種目 | | | | | | | | 回数  日数 | | | 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 |  | | | | | | |  | | |  | |  | | 薬名　　　　　単価　　　　　数量 | | | |
| 内服 | | | | | | |  | | |  | |  | |
| 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  特　　　　　　円×　　　日  選　　　　　　円×　　　日 | |
| 入院料明細 | |  | | | | | |
| 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  電話　（　　　　　　）　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | |