

被保険者 療 養 費
一部負担還元金
家 族 療 養 付 加 金

支 給 申 請 書 (第 回 目)

扶養家族
確 認 印

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 の 記 号 と 番 号		事 業 所 の 名 称 と 所 在 地		課 名 (内 線)	
	傷 病 名		発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日		年 月 日 (負 傷 の 場 合 は 時 頃)	
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因					
	傷 病 の 経 過					
	診 療 を 受 け た 病 院 の	名 称		所 在 地		
	診 療 に 従 事 し た 医 師 の	氏 名		住 所		
	診 療 の 内 容					
	診 療 の 期 間	自 年 月 日	日 間	診 療 に 要 し た 費 用 の 額	金	円 也
	至 年 月 日					
	療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由					
	第 三 者 の 行 為 に よ っ て 負 傷 し た も の で あ る か 否 か	あ る ・ な い	第 三 者 の 行 為 に よ っ て 負 傷 し た と き は	そ の 事 実 の 届 出 の 有 無	あ る ・ な い	
				第 三 者 の 氏 名 と 住 所 (不 明 の と き は そ の 旨)		
	申 請 書 が 被 扶 養 者 に 関 す る と き は そ の 者 の	氏 名		生 年 月 日	年 月 日 生	被 保 険 者 と の 続 柄
振 込 銀 行 (退 職 後 の 請 求 の み)	銀 行 支 店 普 ・ 当 預 金 NO.			(カガナ) 口 座 名		
上 記 の と お り 申 請 い た し ま す。					(受 付 印)	伊 藤 忠 健 康 保 険 組 合
年 月 日 (〒) 住 所					印	
被 保 険 者 の 氏 名						

(注) この様式は、被保険者又は家族がやむを得ない事情で、保険による診療を受ける事ができず、その診療に要した費用を請求するものです。
請求が保険診療を受けられなかった理由を詳細に記入し、①治療費の場合には、診療報酬明細書(レセプト)(写可)と領収書を添付すること。診療報酬明細書が出ない場合には、別紙2枚目の『領収診療明細書』を医療機関にて記載したものを添付すること。②コルセット・装具の場合には、『医師の意見書・領収書』を添付すること。

*記入いただいた個人情報は、保険給付の目的以外には使用いたしません。

[別紙]

領収（診療）明細書

※ 治療費（立替払）で診療報酬明細書（レセプト）が出ない場合は、医療機関にて診療内容の記載を受けて下さい。

患者名	（ 年 月 日生 ）			傷病名			
初診	時間外			注 射	皮下筋肉内	回	円
	休日				静脈内	回	
再診	深夜			検 査			
	再診	回					
内科再診	回						
時間外	回						
往診	休日・深夜	回		レント ゲン			
	普通・難路	回			透視	回	円
	夜間・暴風雨雪	回			造影剤	回	
同一家屋	回						
指導				処 置 及 び 手 術			
投 薬	一剤				材料	回	円
	内服 { 二剤			麻酔 薬剤	回 回		
薬	頓服			そ の 他			
	外用 調剤						
入 院	食有	×	日	合 計			
	4食無	×	日		円		
	特食	×	日				
	入院時医学管理料						
	2週間以内	×	日				
2週～1月以内	×	日					
上記のとおり領収（診療）いたしました。							
年 月 日							
住所							
医師の					印		
氏名							

伊藤忠健康保険組合

*記載いただいた個人情報、保険給付の目的以外には使用いたしません。