

被保険者 療 養 費

一部負担還元金 支給申請書 (第 回目)

家 族 療 養 付 加 金

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		平 成 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 平 成 年 月 日	日 間	診 療 に 要 し た 費 用 の 額	金	円 也
	至 平 成 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	明 ・ 平 大 昭 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.			(ワ 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
平 成 年 月 日	(〒)					
住 所 被 保 険 者 の 氏 名	印					

(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	（明・大・昭・平 年 月 日生）			傷病名			
初 診	時間外		円	注 射	皮下筋肉内	回	円
	休日				静脈内	回	
深夜					回		
再 診	再診	回	円	検 査			
	内科再診	回					
	時間外	回					
	休日・深夜	回					
往 診	普通・難路	回	円	レ ン ト ゲ ン	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		回	円
投 薬	一剤		円		材料	回	
	二剤				麻酔	回	
	頓服		円	薬剤	回		
薬	外用			そ の 他			円
	調剤						
入 院	食有	×	日	合 計			円
	4食無	×	日				
	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。							伊藤忠健康保険組合
平成 年 月 日							
住所 医師の 氏名							
（1点単価 円）							印

*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。