

被保険者 療 養 費
一部負担還元金
家 族 療 養 付 加 金

扶養家族
確 認 印

支 給 申 請 書 (第 回 目)

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 至 年 月 日	日 間	診 療 に 要 し た 費 用 の 額	金	円 也
	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 第 三 者 の 氏 名 と 住 所 (不 明 の と き は そ の 旨)	あ る ・ な い	
	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.			(ワガガ) 口 座 名	
	上 記 の と お り 申 請 い た し ま す。 年 月 日 (〒) 住 所 被 保 険 者 の 氏 名					(受 付 印) 伊 藤 忠 健 康 保 険 組 合

(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		(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	
	夜間・暴風雨雪	回				造影剤	回	
	同一家屋	回						
指導					処置及び手術	材料	回	
投薬	内服	一剤	円			麻酔	回	
		二剤			薬剤	回		
	頓服	円		その他				
	外用調剤							
入院	食有	×	日	円		合計	(1点単価	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。								
年 月 日								
住所								
医師の								
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。