

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 | | | | | |
| <p>上記のとおり領収（診療）いたしました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">医師の氏名</p> | | | | | | | | |

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。