|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   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 |  |
|  |
| （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。 | 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 医 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 至　　　　　年 月 日 | 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 | 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) |  (ﾌﾘｶﾞﾅ)  銀行 支店 普 ･ 当 預金ＮＯ． 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 |

**＊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 |  円  時 間 外  休 日  深 夜 |  注 射 |  円 皮下筋肉内 回 静 脈 内 回 回 |
|
|  再 診 |  円  再 診 回  内科再診 回 時 間 外 回 休日・ 深夜 回 |
|  検 査 |   |
|  往 診 |  円  普通 ･ 難路 回 夜間 ･ 暴風雨雪 回 同一家屋 回 |  |
| レントゲン |  円 回 透 視 回   造 影 剤 回 |
|  |
|  指 導 |  |
|  処 置 及 び 手 術 |  円 回 回  材 料 回 麻 酔 回  薬 剤 回 |
|  投 薬 |  一 剤 円  内 服 {  二 剤 |
|  頓 服 円   外 用  調 剤 |
|  そ の 他 |  円 |
|
|  入 院 |  円  食 有 × 日 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 |
|  合 計 |  円 （ １点 単 価 円 ） |
|  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は、保険給付の目的以外には使用いたしません。**