|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。**