

# 被 保 険 者 療 養 費 支 給 申 請 書

注 意  
2 1 輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか、これに要した費用の「領収書」を添付して下さい。  
傷病が第三者の行為によるものであるときは、別紙「第三者行為による傷病届」を記入し添付して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証	記 号		被 保 険 者 氏 名	ふりがな				(印)
		番 号							
	被 扶 養 者 に 関 す る 申 請 の と き	氏 名		生 年 月 日	明 大 昭 平	年	月	日 生	続 柄
	被 保 険 者 の 住 所	〒							電 話 ( )
	事 業 所 の 名 称								
	傷 病 名				発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	年	月	日 ( 曜 )	
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因								
	傷 病 の 経 過								
	診 療 又 は 手 当 を 受 け た 医 療 機 関 の 名 称 ・ 所 在 地 及 び 医 師 の 氏 名 ・ 住 所	名 称			所 在 地				
		氏 名			住 所				
	診 療 又 は 手 当 の 内 容				入 院 期 間 ( )	年	月	日	
					コ ル セ ッ ト 装 着 日	年	月	日	
	診 療 又 は 手 当 を 受 け た 期 間	自	年	月	日	日 間	診 療 又 は 手 当 に 要 し た 費 用		円
	至	年	月	日					
診 療 又 は 手 当 が 被 保 険 者 の 選 定 に 係 る 特 別 の 病 室 の 提 供 そ の 他 厚 生 労 働 大 臣 が 定 め る 療 養 を 含 む と き は そ の 旨									
保 険 診 療 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由 ( 必 ず 記 入 の こ と )									
第 三 者 の 行 為 に よ る 負 傷 で あ る と き は	そ の 実 届 の 有 無				加 害 者 の 氏 名				
					加 害 者 の 住 所				

東日本電線工業健康保険組合

送金は事業所宛にいたしますので、必ず委任欄を記入して下さい。

受 領 委 任 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		
	代 理 人 氏 名、印		被 保 険 者 ( 請 求 者 ) 氏 名、印

任意継続者又は退職者の請求は、本人宛に送金しますので、下欄に記入して下さい。

銀 行 名	銀 行 信 用 金 庫	支 店 名	支 店
口 座 番 号		口 座 氏 名	

受付日付印

# 領 収 ( 診 療 ) 明 細 書

記号番号		氏名		生年月日	明大昭平	年	月	日	日生
傷病名	( 1 ) ( 2 )			診療開始日	( 1 ) ( 2 )	年	月	日	日
								診療実日数	
療養を担当した医師が記入するところ	⑪ 初診	時間外・休日・深夜	回	点					
	⑫ 再診	再診 時間外 休日 深夜 外来管理	x x x x x	回 回 回 回 回					
	⑭ 在宅	往診 夜間 緊急・深夜・暴風雨雪・難路 その他 指導管理 薬 剤		回 回 回 回 回					
	⑳ 投薬	② 内服 ② 屯服 ③ 外用 ④ 調剤 ⑥ 麻薬・覚原・毒薬 ⑦ 調基	x	単 単 単 単 回					
	㉑ 注射	③ 皮下筋肉内 ③ 静脈内 ③		回 回 回					
	㉒ 処置	薬 剤		回 回 回					
	㉓ 手術	薬 剤		回 回 回					
	㉔ 検査	判尿・血・生ト生ト免・徴・病 薬 剤		回 回 回					
	㉕ 画像断			回 回 回					
	㉖ その他	処方せん	x	回					
㉗ 入院	1月未満 1月～3月未満 3月以上 給食の有無	日間 ( 日～日 ) 日間 ( 日～日 ) 日間 ( 日～日 )							
合計			点	決 定					

**注 意**  
 1. すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して「診療明細書」として下さい。  
 2. 歯科診療の場合は、別に領収(診療明細書)を作成して下さい。  
 3. 輸血及びヒコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「治療のため必要と認める旨の証明書」を交付して下さい。  
 この場合、左の領収(診療)明細書を記入する必要はありません。

上記のとおり領収(診療)いたしました。  
 平成 年 月 日  
 住 所  
 医 師 医療機関名  
 住 所

