

支給額内訳	種別	数量	点数	単価	金額	給付及び支払決定伺い					
						令和 年 月 日 起案					
						常務理事	理事	事務長	課長	係長	係

被保険者 療養費支給申請書
家族

添付書類 1. 医師又は歯科医師に診療を受けた場合は、その診療に要した費用の領収書及び診療費の明細書	被保険者証 記号番号		事業所名									
	傷病名				発病又は 負傷年月日	平成 令和	年	月	日			
	発病又は負傷の原因											
	疾病又は負傷の経過											
	診療又は手当を受けた 医師の住所											
	診療又は手当の内容											
	診療又は手当の 期間	年	月	日から	日間	診療又は手当に要 した費用						円
	傷病が第三者の行為である ときは第三者の住所氏名	昭・平										
	申請が被扶養者に関するものであるときは											
	その者の氏名				生年 月日	昭・平・令				続柄		
上記により療養費金 円也の支給を請求します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名 印												
受付日付印				決裁日付印				支払日付印				

委任状	私は	を代理人と定め、本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。									
		令和 年 月 日 被保険者 住所 〒 氏名 印									
		代理人 住所 〒 氏名 印									

神奈川県電子電気機器健康保険組合

振込希望銀行名	
銀行名	銀行 支店
種別	普通・当座
口座番号	
(フリガナ) 口座名義人	()

領収（診療）明細書

被保険者証 被保険者手帳の記号												番号					
氏名							男	昭・平・令			診療開始日	(1)	年	月	日		
							女	年生				(2)	年	月	日		
傷病名	(1)						診療実日数			転帰			(3)	年	月	日	
	(2)																治ゆ
(3)																	
診察料	初診	時間外・深夜	回×	単価	金額	注射投薬等の内訳											
		時間内	回×														
	再診	時間外	回×														
		深夜	回×														
		内科加算	回×														
	往診	普通	回×														
		夜間・難路	回×														
暴風雨雪 同一家屋		回×															
投薬料	内服	調・薬	回×	単価	金額	注射投薬等の内訳											
		処方	回×														
	屯服	調・薬	回×														
		処方	回×														
	外用	調・薬	回×														
		処方	回×														
注射料	皮下筋肉内	回×	単価	金額	注射投薬等の内訳												
	静脈内	回×															
	その他	回×															
処置料			回×	単価	金額	注射投薬等の内訳											
			回×														
			回×														
手術料			回×	単価	金額	注射投薬等の内訳											
			回×														
検査料	レントゲン料			回×	単価	金額	注射投薬等の内訳										
				回×													
				回×													
				回×													
その他			回×	単価	金額	注射投薬等の内訳											
入院料	自	日	日間			特食	日間	注射投薬等の内訳									
	至	日	日間				食無							日間			
		普食	基食	基寝	看1	看2	看3										
合計								円									

添付書類について
 ① 歯科診療のときは別の領収書をつけてください。
 ② 輸血のときは輸血を必要とする医師の証明書と「血液代金の領収書」をつけてください。
 ③ コルセット、ギプス義肢のときは「装着が治療のために必要と認めた医師の証明書」と「領収書」をつけてください。

上記のとおり領収（診療）いたしました。

令和 年 月 日

医師 住所
氏名

印