

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					
						平成 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

1、添付書類 及び診療費の明細書 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	被保険者証	記号 0000 番号 0000	事業所名	〇〇〇〇株式会社		
	傷病名	左足骨折		発病又は負傷年月日	平成 23 年 4 月 8 日	
	発病又は負傷の原因	自転車に乗っている時に転倒				
	疾病又は負傷の経過					
	療養又は手当を受けた医師の住所	〇〇県〇〇市△△町3-3				
	診療又は手当の内容	入院・手術				
	診療又は手当の期間	23年4月8日から	23年4月20日まで	13日間	診療又は手当に要した費用	00000円
	傷病が第三者の行為であるときは第三者の住所氏名					
	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	明・大昭・平	年 月 日	続柄
上記により療養費金 円也の支給を請求します。 平成 23 年 5 月 20 日						
被保険者 住所 〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 氏名 日本 太郎 (印)						

委任状	私は	を代理人と定め、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。
		平成 年 月 日
	被保険者	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

※ 受付目付印

振込希望銀行名	
銀行名	〇〇〇〇 銀行 〇〇〇〇 支店
種別	普通・当座
口座番号	1111111
(フリガナ) 口座名義人	(〇〇 〇〇) 〇〇 〇〇

領 収 (診 療) 明 細 書

被 保 険 者 証 の 記 号										番 号										
氏 名						男	明・大・昭・平					診 開 始 療 日		(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日		日 日 日				
						女														
傷 病 名	(1) (2) (3)					診 療 実 日 数					転 帰									
											治 癒	死 亡	中 止							
診 察 料	初 診 時間外・深夜 回× 再 診 { 時間内 回× 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 回× 同一家屋 回×					単 価					金 額					注 射 投 薬 等 の 内 訳				
投 薬 料	内 服 { 調・薬 回× 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× 静 脈 内 回× そ の 他 回×																			
処 置 料						回×														
						回×														
						回×														
手 術 料						回×														
						回×														
検 査 料	レントゲン 回× トゲ 回× ン 回× 査 回×																			
入 院 料	自 日 日間 至 日																			
						普 基 基 看 看 看 特 日 日 食 食 食 1 2 3 食 食 間 間 無 無 無														
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、ギブス義肢のときは「装着が治療のため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。

平成 年 月 日

住 所

医 師

氏 名

