

令和 年 月 日

療家族 養療養 費費 支給申請書 (第 回)

No.1

被 保 險 者 一 請 求 者 一 記 入 欄	被保険者証の記号・番号	記号	番号	事業所の名称			
	申請が被扶養者に関する時はその者の氏名				被扶養者の生年月日	昭和・平成・令和年月日	続柄
	傷病名			発病又は負傷の年月日	令和年月日		
	発病又は負傷の原因						
	傷病の経過						
	診察を受けた病院	名称			所在地		
	診察に従事した医師	氏名			住所		
	診療の内容						
	診療の期間	自令和年月日 至令和年月日			診療に要した費用	円	
	診療の給付を受けることができなかつた理由						
第三者の行為によつて負傷したものであるか否か	ある ・ ない	第三者の行為によつて負傷したときは	その事実の届出の有無	ある・ない			
			第三者の氏名と住所				
保土谷化学健康保険組合 理事長 殿 上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名							
事業主証明欄	確認欄 この届出については、①または②の要件を満たしたものである。						
	<input type="checkbox"/> ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 <input type="checkbox"/> ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。						
	上記のとおり相違ないことを証明します。						
備考	令和 年 月 日 事業所名称 所在地 代表者 氏名 電話						
	※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)						
	受付印	処理欄		理事長	常務理事	事務長	係

領収(診療)明細書							
医師記入欄	病名						
	種目	日数・回数	単価	金額	備考		
	初診料						
	再診料						
	往診料				距離 Km以下		
	投薬料	内服薬	一剤投与 日				
			二剤投与 日				
		頓服薬	回				
		外用薬	日				
	注射料	皮下筋肉内	管				
		静脈内	管				
		点滴					
	手術料		回		手術名		
	処置料		回				
X線診断料	透視						
	撮影						
	その他						
その他							
入院料		自月日					
		至月日					
		日間					
合計		円 (領収金額)					
※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。 上記のとおり領収(診療)いたしました。							
令和 年 月 日 住 所 医師の 氏 名							
被保険者が他に給付金の受領を委任する場合							
上記の請求に対する金員の受領を _____ に委任いたします。 令和 年 月 日							
被保険者の氏名							
領 収 書							
上記の請求に対する給付金として 金 _____ 円也を領収いたしました。 令和 年 月 日							
住所 受領者の 氏名							