

記入しないでください	種目	査定額	常務理事	事務長	課長	課長代理	担当者	
	診察料							
	投薬料							
	注射料		承認療養期間	自平成 年 月 日			日間 装着	
	その他			至平成 年 月 日				
	治療用器具代							
	はり・きゅう マッサージ							
	合計		決定金額	療養費				
	薬剤一部負担			食事療養費				
	入院時食費			支給総額				
自己負担額								
差引支給額								

領収(診療)明細書

患者氏名	男・女 昭・平・令 年生		傷病名			
初診	時間外・休日・深夜	回	円	診療開始日 年 月 日 診療実日数 日		
再診	再外来管理時間	×	回	円		
	診間加算	×	回	円		
	外間	×	回	円		
	休日深夜	×	回	円		
指導				入院年月日 年 月 日		
在宅	往夜深夜・緊急	回	円	入院料 × 日間 円		
	診間	回	円		食料 × 日間 円	
	その他	回	円			管理入院時医療料 × 日間 円
	薬剤	回	円			
内服	単位	円	摘要			
調剤	×	回		円		
外用	単位	円				
処方	×	回		円		
注射	回	円				
処置	回	円				
手術	回	円				
検査	回	円				
画像診断	回	円				
その他	回	円				
合計				療養の給付 円 食事療養 円		

1 被保険者  
2 家族

療養費支給申請書

被保険者証の記号と番号	記号	番号	被保険者の氏名	小田急 太郎	生年	昭和 53 年	健保担当課長
被保険者の現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都多摩市〇〇〇4-5-9 TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇						係長
事業所の名称	〇〇〇〇〇 株式会社						係員
療養の給付を受けることができなかった事由	* 具体的に記入してください						
傷病名	急性上気道炎		発病または負傷の年月日	平成 1 年 5 月 5 日			
発病または負傷の原因	* 具体的に記入してください						
傷病の経過および手当の内容	投薬を受け、症状が軽減した。						
診療または手当の期間	自	平成 1 年 5 月 5 日	1 日間	診療または手当に要した費用額	金 8,800 円也	別紙領収書のとおり	
傷病が第三者の行為であるときはその旨	第三者行為では、ありません。						
診療等を受けた病院・診療所等の住所・氏名	名称および医師の氏名	東京〇〇内科医院 〇〇〇〇		所在地	東京都多摩市〇〇〇		
申請が被扶養者に関するときはその者の氏名	氏名	生年	1 昭 2 平 3 令	年 月 日	続柄		
うえのとおり申請します	令和 1 年 6 月 15 日						
小田急グループ健康保険組合理事長殿	被保険者氏名	小田急 太郎					
うえの決定金額の受領方を	職名	人事部長		氏名	〇〇〇〇		
小田急グループ健康保険組合理事長殿	被保険者氏名	小田急 太郎					

健保担当課長
係長
係員

申請書



うえのとおり領収(診療)いたしました。 令和 年 月 日

医療機関の所在地  
医療機関の名称  
医師の氏名

(添付書類についての注意)  
つぎの各場合には、うえの領収明細書は必要ありません。  
1. 診療報酬明細書(レセプト)の写がある場合  
2. 歯科診療に関する申請のときは、別の領収明細書をつけてください。  
3. 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」および「血液代金の領収書」をつけてください。  
4. コルセット・ギプス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」および「実費についての領収書」をつけてください。

受付日付印