

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	回数	円	診療開始日 年 月 日
再診	外来管理時間	回数	円	診療実日数 日
再診	休日深夜	回数	円	入院年月日 年 月 日
指導	往診	回数	円	病診衣
在宅	夜間緊急その他	回数	円	入院料
在宅	深夜・緊急その他	回数	円	管入院時医科学
在宅	薬剤	回数	円	指定入院料・その他
投薬	内服 薬剤	単位	円	食事
投薬	外用 薬剤	単位	円	基準
投薬	処方 薬剤	回数	円	円× 日間
投薬	麻毒 調基	回数	円	円× 日間
注射	皮下筋肉内	回数	円	円× 日間
注射	静脈内	回数	円	円× 日間
注射	その他	回数	円	円× 日間
処置	薬 剤	回数	円	円× 日間
手術麻酔	薬 剤	回数	円	円× 日間
検査	薬 剤	回数	円	円× 日間
画像診断	薬 剤	回数	円	円× 日間
その他	処方せん	回数	円	円× 日間
その他	薬 剤	回数	円	円× 日間
合計	療養の給付		円	食事療養
合計	薬剤一部負担金額		円	

療養費支給申請書

1 被保険者  
2 家族

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	補装具製作所と保険契約なき為						
傷病名	腰椎椎間板ヘルニア	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	不詳						
傷病の経過および手当の内容	軟性コルセットを装着し、痛みが減少し経過良好						
診療または手当の期間	自平成 1 年 5 月 25 日	日間	診療または手当に要した費用額	金 23,380 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	※※ 整形外科病院 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	小田急 花子	生年	昭和 2 年 月 日	続柄			
うえのとおり申請します	令和 1 年 6 月 15 日	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	に委任します		
令和 1 年 6 月 15 日	被保険者氏名	小田急 太郎					



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。

2019.5

受付日付印