

記入しないでください	支給内訳	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								
		治療用装具代											
		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											

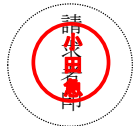
1 被保険者

2 家 族

療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記 号 と 番 号	記号 9 9 9	番号 1 1 1 1	被保険者の 氏 名	小田急 太郎	生 年	1昭和 2平成	53 年
	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						
	事 業 所 の 名 称	〇〇〇〇〇 株式会社						
	療養の給付を うけることができ なかった事由	平成31年4月1日に小田急グループ健康保険組合の資格取得したが、 誤って国民健康保険証を使用した為、東京都より返還請求された。						
	傷 病 名	急性上気道炎			発病または負傷 の 年 月 日	平成 令和	31年	4月1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 令和	31年 4 月 1日	8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		
う え の と お り 申 請 し ま す	申請が被扶養 者に関するときは はその者の	氏 名			生 年 月 日	1昭和 2平成 3令	年 月 日	続 柄
	う え の と お り 申 請 し ま す 令和 1年 5月 15 日 小田急グループ健康保険組合理事長殿							
	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 5月 15 日 小田急グループ健康保険組合理事長殿							

健保担当 課 長
係 長
係 員



領収(診療)明細書

患 者 氏 名	男 ・ 女 昭 ・ 平 ・ 令 年 生		傷病名				
			診療開始日 年 月 日		診療実日数 日		
初 診	時間外	・ 休日	・ 深夜	回	円		
再 診	再 外 来	管 理 加 算	診 間 外	× 回	円		
	時 間 間			× 回	円		
	休 日			× 回	円		
	深 夜			× 回	円		
指 導							
在 宅	往 夜	診 間		回	円		
	深 夜	・ 緊 急		回	円		
	そ の	他 剤		回	円		
	薬			回	円		
投 薬	内服	薬剤		単位	円		
		調剤	×	回	円		
	屯服	薬剤		単位	円		
	外用	薬剤		単位	円		
薬		調剤	×	回	円		
	処方		×	回	円		
	麻毒			回	円		
	調基				円		
注 射	皮 下 筋 肉 内			回	円		
	静 脈 内			回	円		
	そ の 他			回	円		
処 置				回	円		
手 術 麻 酔	薬	剤		回	円		
	薬	剤		回	円		
検 査				回	円		
	薬	剤		回	円		
画 像 診 断				回	円		
	薬	剤		回	円		
そ の 他	処 方 せん		×	回	円		
	薬 剤			回	円		
合 計	療養の給付		円		円		
		食事療養		円		円	
		薬剤一部負担金額		円		円	

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

印

- (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。
- 診療報酬明細書(レセプト)の写がある場合
 - 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。
 - 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。
 - 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