

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		決定金額	療養費					
	合計			食事療養費					
	薬剤一部負担			支給総額					
	入院時食費								
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	入院年月日 年 月 日
	診察時間外	×	回	円	
指	往診	×	回	円	病診衣
	夜診	×	回	円	
在宅	深夜・緊急	×	回	円	入院料
	その他	×	回	円	
投薬	内服	×	回	円	管入院時理学
	外用	×	回	円	
注射	処方	×	回	円	指定入院料・その他
	麻毒調基		回	円	
処置	皮下筋肉内		回	円	食事
	静脈内		回	円	
検査	その他		回	円	基準
	薬		回	円	
画像診断	薬		回	円	円× 日間
	薬		回	円	
その他	処方せん	×	回	円	円× 日間
	薬		回	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	生年	1昭和 53 年	健保担当課長
	999	1111	小田急 太郎	2平成		
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	鍼灸院と保険契約なき為					
傷病名	頸腕症候群	発病または負傷の年月日	平成 31年4月1日			
発病または負傷の原因	不詳					
傷病の経過および手当内容	右腕が十分に上がらない状態で、はり・マッサージによる治療を行っています。					
診療または手当の期間	自平成 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	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	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	に委任します			
令和 1年 5月 15 日	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



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