

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									

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	番号	被保険者の 氏名	生年	1昭和 2平成	年	健保担当 課長	
	被保険者の 現住所	〒 TEL ()							係長
	事業所の 名称								係員
	療養の給付を うけることができ なかった事由								
	傷病名			発病または負傷 の年月日	平成 年 月 日				
	発病または 負傷の原因								
	傷病の経過 および手当の 内容								
	診療または 手当の期間	自平成 年 月 日	日間	診療または手当 に要した費用額	金 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								
	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			所在地				
申請が被扶養 者に関するときは その者の	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 年 月 日 小田急グループ健康保険組合理事長殿 被保険者氏名 印									
うえの決定金額の受領方を 職名 氏名 に委任します 令和 年 月 日 小田急グループ健康保険組合理事長殿 被保険者氏名 印									

健保担当 課長
係長
係員

請求者印

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	再来管理加算	×	回	円	入院年月日 年 月 日	
	外来時間外	×	回	円		
	休日	×	回	円		
	深夜	×	回	円		
指導			回	円	病診衣 入院料 食 基準 円× 日間	
在宅	往夜深夜・緊急 その他	回	円			
在宅	薬	回	円			
在宅	薬	回	円			
投薬	内服	薬剤	単位	円	管入院時 理時医 科学	
		調剤	×	回		円
	外用	薬剤	単位	円		
		調剤	×	回		円
注射	皮下筋肉内		回	円	指定入院料・その他	
	静脈内		回	円		
処置	その他		回	円	摘要	
	薬	剤	回	円		
手術	薬	剤	回	円	薬剤一部負担金額	
	薬	剤	回	円		
検査	薬	剤	回	円	合計	
	薬	剤	回	円		
画像診断	薬	剤	回	円	療養の給付	
	薬	剤	回	円		
その他	処方せん	×	回	円	食事療養	
	薬	剤	回	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、うへ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