

(被保険者・家族)療養費支給申請書

ダイセル健康保険組合理事長 殿

※添付資料が A4 サイズ以外の場合は本紙裏面に糊付けして下さい

被保険者証の 記号及び番号	記	号	番	号	事業所の名称	会社名:
						事業場:
傷病名					被保険者氏名	㊟
発病又は負傷の年月日	平・令	年	月	日		
発病又は負傷の 原因					診療又は手当 の 内 容	
傷 病 の 経 過					診療又は手当 の 期 間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間
	診療 を 受 け た の 診 病 院 名 称 所 在 地 医 師 の 氏 名					平・令 年 月 日 コルセット 装着
				診療又は手当 に要した費用	¥ (領収証を添付して下さい)	
療養の給付を受ける事 ができなかった理由	*傷病が外傷によるときは「負傷原因報告書又は第三者行為報告書」を添付して下さい					
申請が被扶養者に関す るときはその者の	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄

(注) 必ず下記の受領委任にご記入、ご捺印下さい。

支 給 決 定 伺	決定年月日			支給期間		常務理事	審査	担当者	受付
	年 月 日			平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間					
	法 定	療 養 費	(支給決定額)						
		家 族 療 養 費	円						
本 高 額 家 族 高 額	本 高 額	(支給決定額)							
	家 族 高 額	円							

受 領 委 任	上記の請求金額の受領方を事業主代理人に委任します。					
	年 月 日					
	被保険者氏名					㊟
ダイセル健康保険組合理事長殿						

注) 領収書1枚につき本紙1枚必要です。複数の領収書がある場合は、領収書と同数の申請書を作成して下さい。

領 収 金 額 内 訳					査定	備 考
種 目	日(回数)	点 数	1 点単価	金 額	点 数	
診察料	初 診					
	再 診					
	指 導					
	往 診					
投薬料	内服薬					
	頓服薬					
	外用薬					
注射料	皮下筋肉内					
	静脈内					
	その他					
処置料						
手術料	切開					
	創傷処理					
	手術					
検査料						
X線料	単純撮影					
	造影剤使用撮影					
	特殊撮影					
その他	理学療法					
	特殊療法					
	その他					
入院料	入院料					
	医学管理料					
計						

上記のとおり領収しました。

年 月 日

医師住所

氏名及び印



(注)薬剤、注射薬は薬名、数量、単位を記入して下さい

X線はフィルムの大きさ、造影剤等を記入して下さい

検査は検査項目を記入して下さい

その他、レセプト作成と同様に記入して下さい