

健康保險 被保險者
被扶養者 療養費請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	健康保険 被保険者証		記 号 一 番 号 —				健康保険証 事業所名称						
	傷 病 名						発病又はケガ をした年月日		年 月 日				
	病気または ケガの原因						保険診療を受けら れなかった理由		1. 治療用装具のため 2. その他 ()				
	診 療 の 期 間		年 月 日 年 月 日 日間				被 扶 養 者 の 請 求 の と き	氏 名					
	支払った金額					千				円	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日生
	医 療 機 関	所 在 地							第三者行為によるものですか。				
		名 称							1. はい 2. いいえ				
		医師の氏名											
上記の給付金を請求し、受領を _____ に委任します。 令和 年 月 日 住所 ダイキン工業健康保険組合 理事長 殿 被保険者の 氏名													

（添付書類について） コルセット、ギプス等、装具費用の請求のときは「領収書」及び「医師の意見書 兼 装具装着証明書」を添付してください。

* 装具費用の請求のときは、下の欄は記入不要です。

診療明細書

患 者 名				傷 病 名				
診 察 料	初 診	時間外、休日、深夜、乳	回	点	手		回	点
	再 診	再診、内科再診等、初回再診	回	点	術 材	料	回	点
		時間外、休日、深夜	回	点	麻 酔		回	点
	指導管理		回	点	酔 薬	剤	回	
	往 診	普通、夜間、深夜、その他	回	点	検			点
投 薬	内 服	点	外 用	点	査 薬	剤		
	頓 服		調 基		画 透	視	回	点
注 射	皮下筋肉内		回	点	断	そ の 他 ()	回	
	静 脈 内		回		そ の 他	処方せん	回	点
	そ の 他		回					
処 置			回	点	合 計		点	円
	薬 剤		回					
上記のとおり診療いたしました。 所在地 医療機関の 令和 年 月 日 名 称 医 師 の 氏 名								