

〈保険証無携帯の場合〉

月 日	期 間	金 額	常務理事	事 務 長		担 当 者
支給決定	自 月 日 至 月 日	円				

療 養 費 支 給 申 請 書
第二家族療養費

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記 号 ・ 番 号	1 0 0 2 6 7 6 7 6 7		傷病名	か ぜ		
	発病又は負傷 の 年 月 日	平成 2 8 年 4 月 1 日		発病又は 負傷の原因	不 詳		
	診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、 診療所、薬局の名称及所在地並びに診療 又は調剤に従事した医師若しくは歯科医 師又は薬剤師の氏名						
	診療、薬剤の支給 又は手当の内容 及期間、費用の額	注射及び投薬		自 2 8 年 4 月 3 日 至 年 月 日	費 用	12,500 円	別紙明細書 の 通 り
	療 養 の 給 付 を 受けることが出来 な っ た 理 由	入社して2日後であったため、健康保険証の交付を受けて いなかった。					入院・入院外の別 入院 <u>入院外</u>
	疾病又は負傷が第三者の行為に因る場合は 其の事実並に第三者の氏名及び住所 (氏名又は住所不詳のときはその旨)						
	被 扶 養 者 に 関 す る も の で あ る と き は そ の 者 の 氏 名	生 年 月 日	昭 平	年 月 日	被保険者 との続柄		
	払渡希望の銀行	銀行 支店 (普 通 座 第 号)					

上記の診療に要した費用の額を支給申請します。

平成 2 8 年 4 月 6 日
クラシエ健康保険組合 御中

〒 6 0 6 - 0 0 6 0
被保険者 住 所 京都市左京区嵐山 1 - 3
氏 名 都 島 健 夫
電話番号 0 7 5 - 4 5 1 - 1 1 2 3
翻 訳 者 住 所
氏 名



〈装具の場合〉

月 日	期 間	金 額	常務理事	事 務 長		担 当 者
支給決定	自 月 日 至 月 日	円				

療 養 費 支 給 申 請 書
第二家族療養費

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記 号 ・ 番 号	1 0 0 5 8 8 8 6 6 6		傷病名	腰痛症		
	発病又は負傷 の 年 月 日	平成 2 8 年 6 月 9 日		発病又は 負傷の原因	不 明		
	診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、 診療所、薬局の名称及所在地並びに診療 又は調剤に従事した医師若しくは歯科医 師又は薬剤師の氏名	健康記念病院 医師 厚生 治 大阪市北区梅田 1－4－7					
	診療、薬剤の支給 又は手当の内容 及期間、費用の額	コルセットの装着		自 2 8 年 6 月 1 6 日 至 年 月 日	費 用	32,000 円	別紙明細書 の 通 り
	療 養 の 給 付 を 受けることが出来 な っ た 理 由	装具の製造業者が医療機関でないため					入院・入院外の別 入院 <u>入院外</u>
	疾病又は負傷が第三者の行為に因る場合は 其の事実並に第三者の氏名及び住所 (氏名又は住所不詳のときはその旨)						
	被 扶 養 者 に 関 す る も の で あ る と き は そ の 者 の 氏 名	生 年 月 日	昭 平	年 月 日	被保険者 との続柄		
払渡希望の銀行	銀行 支店 (普 通 座 第 号)						

上記の診療に要した費用の額を支給申請します。

平成 2 8 年 6 月 2 1 日
クラシエ健康保険組合 御中

〒 6 0 6－0 0 6 0
被保険者 住 所 京都市左京区嵐山 1－3
氏 名 都島 健夫
電話番号 0 7 5－4 5 1－1 1 2 3
翻 訳 者 住 所
氏 名



〈保険医でない場合〉

月 日	期 間	金 額	常務理事	事 務 長		担 当 者
支給決定	自 月 日 至 月 日	円				

療 養 費 支 給 申 請 書
第二家族療養費

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	1 0 0 8 3 3 3 2 2 2		傷 病 名	左手腕挫傷		
	発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	平成 2 8 年 5 月 1 1 日		発 病 又 は 負 傷 の 原 因	オートバイで横転し負傷		
	診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、 診療所、薬局の名称及所在地並びに診療 又は調剤に従事した医師若しくは歯科医 師又は薬剤師の氏名			大阪市北区梅田 3 - 6 - 9 厚生診療所			
	診療、薬剤の支給 又は手当の内容 及期間、費用の額	外傷処置		自 2 8 年 5 月 1 1 日 至 年 月 日	費 用	14,800 円	別紙明細書 の 通 り
	療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が 出 来 な か っ た 理 由	負傷の際、緊急に治療が必要で近くの外科医で処置、保険 医でなかった為、翌日保険医へ転医した。					入院・入院外の別 入院 <u>入院外</u>
	疾病又は負傷が第三者の行為に因る場合は 其の事実並に第三者の氏名及び住所 (氏名又は住所不詳のときはその旨)						
	被 扶 養 者 に 関 す る も の で あ る と き は そ の 者 の 氏 名		生 年 月 日	昭 平	年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄	
払渡希望の銀行		銀行 支店 (普 通 第 号)					

上記の診療に要した費用の額を支給申請します。

平成 2 8 年 5 月 1 5 日
クラシエ健康保険組合 御中

〒 6 0 6 - 0 0 6 0
被 保 険 者 住 所 京都市左京区嵐山 1 - 3
氏 名 都 島 健 夫
電 話 番 号 0 7 5 - 4 5 1 - 1 1 2 3
翻 訳 者 住 所
氏 名



療養費領収（請求）明細書

査 定 額	円	常務理事	事 務 長		担 当 者

被保険者証の 記号及び番号						第 号		患者の 氏 名			男・ 女	生年 月日	昭・ 平	年	月	日
傷 病 名									診 療 開 始 日	年 月 日			診 療 実 施 日	日		
診 療 に 要 し た 金 額									査 定							
種 別		回数・日数・単位		金 額		※査定点数		摘 要								
初 診				円		点		時間外・ 深 夜								
再 診		回						時間内 回 深 夜 回 時間外 回								
往 診		回						普 通 難 路 同一家屋 夜 間 暴風雨雪								
指 導		回						装具名								
投 薬	内 服	一剤 一剤	単位 単位													
	頓 服		単位													
	外 用		単位													
	調 剤		単位													
注 射	皮下筋肉内		回													
	静 脈 内		回													
			回													
検 査		回 薬剤		回				検査名 薬 剤								
レゲ ントン	透 視		回					撮影部位 使用フィルム								
撮 影			回					造影剤								
処置及び手術		回 回														
入 院	入 院 料	日間						入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日間 備 考								
	その他の計算															
移 送 費		回						円								
装 具 代								円								
合 計																
上記診療を行い、それに要した費用を領収しました。 請求します。										医療機関の住所 及 び 名 称 医 師 の 氏 名						
平成 年 月 日										㊟						

注・※査定点数欄は記入しないこと。