

診療費領収明細書

被保険者証の 記号番号		受診者 氏名		事業所名称	
傷病名			初診年月日	診療期間	転帰
			昭和・平成・令和 年月日	年月日 診療実日数()日間	治癒 繰越 中止 死亡 転医
種別		回数、単位	金額	薬名、単位、用量、処置部位、手術名	
診察	初診	時間外 深夜			
	再診	再診	×		
		内科再診	×		
		時間外加算 深夜加算	×		
	指導		×		
往診	深夜 暴風雨 雪 難路 同一家屋				
投薬	内服	薬剤調・処	×		
	頓服	薬剤調・処	×		
		薬剤調・処	×		
	外用	薬剤調・処	×		
		麻薬・毒薬加算		×	
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他				
処置	薬剤				
麻酔手術	薬剤				
検査	薬剤				
レントゲン					
その他					
入院	入院年月日		年月日		
	病診衣	入院料	×	日間	
			×	日間	
		医学管理料	×	日間	
			×	日間	
特定入院料・その他					
食事	基準		×	日間	
			×	日間	
			×	日間	
			×	日間	
療養の給付総計			円	(備考)	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医師の住所 氏名印 電話番号 ()					

支給支払決議書

常務理事	事務長	担当者	担当者	支給額					
				支給内訳	法定				
資格取得	昭和 平成 令和	年 月 日		付加					
資格喪失	令和	年 月 日		診療総額					

※① 被保険者
被扶養者

療養費申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証			事業所の名称		
	記号	番号				
	受診者	氏名	被保険者 との続柄			
		生年月日	昭・平・令 年 月 日			
	診療の内容	(1) 治療用装具 (装着年月日・ 年 月 日) (2) 自費 (3) 国保・他健保 (4) はり・灸・マッサージ (5) 海外 (国名) (6) 生血 (7) その他 ()				
	医療費助成	(1) 乳幼児 (2) 一人親 (3) 障害者 (4) その他 ()		入院・外来 の別	入院 ・ 外来	
	傷病名		発病又は負傷 の年月日	年 月 日		
	原因と経過					
	保険証を持たずに 診療を受けた理由					
	診療を受けた 期間	自至	年 月 日	日間	療養に要した費 用の額	円
	診療を受けた 医療機関の 名称・所在地	第三者行為の有無		有 ・ 無		
		第三者行為の届出の有無		有 ・ 無		
	上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 三井化学健康保険組合常務理事 殿 〒 □□□-□□□□ 住所 被保険者 氏名印 電話番号 ()					
	※② 委任状	表記請求金額の受領を 被保険者 氏名印 に委任します。				
	※③ 振込先	銀行名	支店名	口座番号	口座名義	
銀行		支店	普・当	フリガナ		

※※※ (申請上の注意)
③②① 「被保険者」「被扶養者」の別は該当する文字を○で囲んで下さい。
在職中の申請の場合は、受領を事業所に委任して下さい。
任意継続被保険者及び資格喪失後の申請の場合は必ず記入して下さい。

受付日付印