

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んで下さい。

支給額								円	支給日	年 月 日	取得	年 月 日
										年 月 日	喪失	年 月 日
分類 立替払、治療用装具、その他()												
傷病コード												

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

被扶養者 ① (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	②健康保険 被保険者証の 記号・番号	記号	③被保険者 (申請者)の 氏名	フリガナ		④ 生 年 月 日		
		番号				昭和・平成 年 月 日		
	⑤被保険者 (申請者)の 現 住 所	フリガナ		⑥ 電話番号	()			
		〒						
	⑦ 事業所の	名 称	所属部署		TEL ()			
		所在地						
	⑧この申請が 被扶養者に関する ときはその	氏名			生年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	被保険者 との続柄	
	⑨ 傷病名			⑩発病 または 負傷の原因 (詳しく)			⑪発病又は負傷年月日	
							昭和・平成・令和 年 月 日	
	⑫経過 概要			⑬診療 期間	年 月 日	日間	入院 ・ その他	入院 期間
⑭療養の給付を受 けることができな かった理由	装具装着年月 年 月 日				⑮第三者の行為に よるものですか		はい ・ いいえ	
⑯療養に要し た費用の額			⑰療養を 担当した 医療機関	名 称				
				所在地				
⑱国や市区町村等で医療費 の助成を受けている場合は	内容			医療証等の 発行機関名	交付日 年 月 日			

＊ 支払希望 金融機関	銀行 信金 信組	本 店 支 店 出張所	普通 NO 当座	名 義 人	フリガナ

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日			
	住所			
	被保険者 (申請者) 氏名			
	代理人の 氏名	フリガナ	委任人者と代 理人との関係	
	代理人の 現住所	フリガナ 〒		

社 会 保 険 労 務 士 の 提 出 代 行 者 名 記 載 欄	
--------------------------------------	--

オリエントコーポレーション健康保険組合

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正者氏名をご記入ください。

診療(領収)明細書

(記入上の注意)すでに申請の対象となる費用について領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として、所定の事項を記入してください。
歯科診療に関する申請の時はべつに、診療報酬明細書を添付してください。

①患者氏名		性別	男・女	②生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
③傷病名	(1) (2) (3)			診療期間	年 月 日から 年 月 日まで (診療実日数)		
④初診	時間外・休日・深夜 回 点			公費分点数			
⑤再診	再 診	×	回				
	外来管理加算	×	回				
	時間外・休日・深夜	×	回				
⑥医学管理							
⑦在宅	往 診	×	回	夜 間	×	回	
	深夜・緊急	×	回	在宅患者訪問	×	回	
	そ の 他	×	回	薬 剤	×	回	
⑧投薬	⑨内 服						
	⑩屯 服						
	⑪外 用						
	⑫処 方						
	⑬麻 酔	×	回				
	⑭調 基	×	回				
⑮注射	⑯皮下筋肉内						
	⑰静 脈 内						
	⑱そ の 他						
⑲処 置	薬 剤			回	食事・生活	基準 特別 食事 環境	円 × 回
⑳手術・麻酔				回			円 × 回
㉑検 査				回			円 × 日
㉒画像診断				回	基準 (生) 円 × 回		
㉓その他					特別 (生) 円 × 回		
㉔入院	入院年月日 年 月 日				減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月超		
	病 診	㉕入院基本料・加算 点					
		× 日間					
	㉖特定入院料・その他				合計		円
(上記のうち公費負担額 円)							
上記のとおり診療(領収)致しました。 令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名称 医療機関電話番号 医師の氏名 ㊞							

①傷病名		②患者氏名		③装具装着日	平成・令和 年 月 日		
				④療養開始日	平成・令和 年 月 日		
⑤意見	装着日当日の入院の有・無			⑥装具の 名称等	付属品 有・無(名称)		
上記の理由により、治療用装具装着を必要と認める。 令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名称 医療機関電話番号 医師の氏名 ㊞							