

(受付印)

被保険者  
療養費支給申請書  
家族 (一部負担金等免除還付金)

オカモト健康保険組合 殿

年 月 日提出

給付No.								
被保険者が記入するところ	被保険者の 証の 記号・番号	記号	番号	被保険者 (申請者) の氏名・印 生年月日	年 月 日生			
	現住所	(〒 - )						
	所属事業所名					属性コード		
	申請が被扶養者 に関する時は	その 者の 氏名			生年月日	年 月 日生	被保険者 との続柄	
	療養種別	1. 装具装用 2. 診療 (立替払) 5. 還付金		療養を受けることが 出来なかった理由		1. 保険契約外の為 (装具) 2. 保険証不携帯 5. 還付金		
	診療期間	年 月 日から		日間		診療に要した費用 (領収証添付)		
	年 月 日まで				金 円			
委任状	本申請に基づく給付金の受領を						に委任します。	
	年 月 日						技官意見	
事業所	被保険者の 氏名と印						Ⓜ	

支給決議書 (通知No. )

決裁	・	・	決 裁		支給決定額 (円)				
執行	・	・							
表示	申請 (査定) 額		一部負担金	支給算出額	支給 (装着・同意) 期間				
国内					自 年 月 日	日			
					至 年 月 日	日			
取得	年 月 日	種別	1. 診療費 2. 装具 5. 還付金	給種 1	1. 初回支給 2. 補修 3. 再支給	形態 5	記帳	台帳	入力
喪失	年 月 日			給種 8			書類 742		

# 領収（診療）明細書

（ 月 日から 月 日迄分）

患 者 名				傷 病 名			
初診	時間外 深夜	円		注射	皮下・筋肉内 静脈内	回 回	
再診	時間内 時間外 深夜	回 回 回			検査		
往診	普通・難路 夜間・暴風雨雪 同一家屋	回 回 回			レントゲン	透視 造影剤	回 回 回
指導					処置及び手術	回 回 回 回	
投薬	内服 { 一剤 二剤 頓服 外用剤 調剤					材料 麻酔剤 麻薬	回 回 回 回
入院	入院年月日	年 月 日			その他		
	×	日間			合計		
	×	日間					
	×	日間					
	食事	円 ×	日間				円
<p>うえのとおり領収（診療）いたしました。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>医療機関コード</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>同上名称</p> <p>担当医師氏名印 <span style="float: right;">⑩</span></p> <p>電 話 ( )</p>							