受付年月日	令和　　年　　月　　日	支　給　支　払　決　議　書			
伺年月日	令和　　年　　月　　日	常務理事印	事務長印	担当者印	資格確認印
決裁年月日	令和　　年　　月　　日				
支　給　額	円	資格取得年月日	□昭和 □平成　　年　　月　　日 □令和		
		資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日		
		支払年月日	令和　　年　　月　　日		

□被保険者（本人）　□家族　療養費支給申請書

被保険者（本人）が記入するところ

① 被保険者等の記号・番号		② 記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入しください	
③ 被保険者の氏名		④ 被保険者の生年月日	□昭和 □平成 年　　月　　日
⑤ 療養を受けた者の氏名		⑥ 療養を受けた者の生年月日	□昭和 □平成 □令和 年　　月　　日
⑦ 傷病名		⑧ 発病又は負傷の年月日	□平成 □令和 年　　月　　日
⑨ 発病の原因及び経過	□ 病気　「詳しく」 □ ケガ　→　負傷原因届を併せてご提出ください		
⑩ 診療又は手当を受けた医療機関の	名称 / 医師氏名	所在地 / 電話番号	
⑪ 診療又は手当を受けた期間	自　令和　　年　　月　　日 至　令和　　年　　月　　日　　日間	⑫装具を装着した日	令和　　年　　月　　日
⑬ 診療の内容			
⑭ 療養に要した費用の額	円	⑮療養費の支給申請の理由	
⑯ 振込希望機関	銀行 金庫 組合	店	口座番号：□ 普通　□ 当座 口座名義（カタカナ）
⑰ 公金受取口座	□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します （利用する場合は☑、利用しない場合は⑯振込希望機関の欄を記入）		

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

エクセディ健康保険組合理事長 殿

⑱ 〒

被保険者の 住所

氏名

領収（診療）明細書　入院

患者氏名		傷病名	

診療の内訳		単価	金額	薬名、用量等の明細
初診	時間・休日・深夜　回　点			
投薬	内服　薬剤　単位　点 調剤　×　回　点 屯服　薬剤　単位　点 外用　薬剤　単位　点 調剤　×　回　点 処方　麻毒　調基　点			
注射	皮下筋肉内　回　点 静脈内　回　点 その他　回　点			
処置	処置　回　点 薬剤　点			
手術	手術・麻酔　回　点 薬剤　点			
検査	検査　回　点 薬剤　点			
画像診断	画像診断　回　点 薬剤　点			
その他				
入院	入院年月日　年　月　日から 年　月　日まで　日間 病診衣　入院料　×　日間 ×　日間 ×　日間 入院時医学管理料　×　日間 ×　日間 特定入院料 その他			食事療養費（　円）
合計点数	点	療養に要した費用の合計	円	
診療実日数	日			

上記のとおり領収いたしました。

令和　年　月　日

医療機関等
- 所在地
- 名称
- 医師氏名

TEL　（　）

〔記入上の注意〕

1. 上の領収明細書は医師の一般診療を受けたときのみ使用してください。
2. 上の明細書に代えて、診療報酬明細書等の用紙により、医療機関等の名称・所在地・医師の氏名・印の表示のある証明書を作成しても差し支えありません。
3. すでに領収明細書の発行があるときは記入の必要ありません。領収書のみ発行があるときは「領収」の字句を消し「診療明細書」として使用してください。
4. 入院外・歯科診療・調剤に関する請求のときは別の領収明細書を添付してください。

領収（診療）明細書　外来

患者氏名		傷病名	

診療の内訳		単価	金額	薬名、用量等の明細
初診	時間・休日・深夜　回　点			
再診	再診　×　回　点 外来管理加算　×　回　点 時間外　×　回　点 休日　×　回　点 深夜　×　回　点			
指導	回　点			
在宅	×　回　点			
投薬	内服　薬剤　単位　点 調剤　×　回　点 屯服　薬剤　単位　点 外用　薬剤　単位　点 調剤　×　回　点 処方　麻毒　調基　点			
注射	皮下筋肉内　回　点 静脈内　回　点 その他　回　点			
処置	処置　回　点 薬剤　点			
手術	手術・麻酔　回　点 薬剤　点			
検査	検査　回　点 薬剤　点			
画像診断	画像診断　回　点 薬剤　点			
その他				

合計点数	点	療養に要した費用の合計	
診療実日数	日		

上記のとおり領収いたしました。
令和　　年　　月　　日

医療機関等
所在地
名　称
医師氏名

TEL　　（　　）

〔記入上の注意〕
1. 上の領収明細書は医師の一般診療を受けたときのみ使用してください。
2. 上の明細書に代えて、診療報酬明細書等の用紙により、医療機関等の名称・所在地・医師の氏名・印の表示のある証明書を作成しても差し支えありません。
3. すでに領収明細書の発行があるときは記入の必要ありません。領収書のみ発行があるときは「領収」の字句を消し「診療明細書」として使用してください。
4. 入院・歯科診療・調剤に関する請求のときは別の領収明細書を添付してください。

領収（診療）明細書　歯科

氏名	男 ・ 女　昭和・平成・令和　年生	実日数	日		
傷病名部位					
初診	時間外　休日　深夜　乳　障　病				点
再診	再診　時間外　休日　深夜　乳　障　病	指導　＋	衛 ＋	F ＋	
投薬・注射	内・屯・外・注　・調　・処方	処		注	
X線検査	パ 全顎　枚　標	模 / EMR	平測 / S倍一般	適応 研 ＋ 衛 ＋	精密 再評 / その他

処置・手術	即処	普処	覆罩	除去		知覚過敏		ラバー	咬調
	抜 髄	麻 抜	感染根処	根管貼薬	根 充	即 充	失 即 充	生切 / 失切	加圧根充
	除石	PCｕｒ	P処	切開	初期	ＧＥｃｔ			
	抜歯	乳　前　臼　難　埋			付着	ＦＯｐ			
	その他				特定薬剤				
麻酔	伝麻	浸麻	ＩＳ　＋	その他					

歯冠修復及び欠損補綴	補診	＋	印象					＋	
	歯冠形成	前鋳ジ乳帯（生活） / 前鋳ジ乳帯（失活） / （根面）（窩洞）	支台築造 メタル その他	咬合				＋	
				試適				ＥＥ	
				充填	ア	光・初	グ・複	その他	研磨 / ピン
	鋳造歯冠修復	14k		前装冠	パ　ニ　銀				リイテナー
		パ大		金属冠	圧鋳 大 小 大 小 圧鋳他	継続歯	14k パ ニ 銀		装着材料
		パ 小前							
		ニ大							
		ニ大							
		銀大				仮			再装着
		銀 小前 乳		乳	ジ	硬ジ			
	ポンティック	鋳造 パ大 パ小 ニ 銀	裏装 パ前 パ小 14k 他	装着	バー	鋳	パ　ニ		人工歯
		前装 パ　ニ　銀				屈曲	パ上 下 不特 強		
	有床義歯	1～4歯 12～14歯 5～8歯 総義歯 9～11歯 ゆ	床裏装	1～4歯 12～14歯 5～8歯 総義歯 9～11歯 ゆ	床修理		ろう / 保 / 修理		
	鋳造鉤	14K 双 双 両 両 両 大 小 大 小 前	ニ	線鉤	14k 双 ﾚｽﾄ ｱﾘ	不・特	双 ﾚｽﾄ ｱﾘ	ﾚｽﾄ ﾅｼ ﾌｯｸ ｽﾊﾟｰ	
		パ 双 双 両 両 両 大 小 大 小 前							
	義歯調整	新製・床裏装・Ｉ　算定（　年　月）							
	その他								
その他									

合計金額	円

上記のとおり領収いたしました。

令和　年　月　日

医療機関等
- 所在地
- 名　称
- 医師氏名

TEL　（　）

〔記入上の注意〕
1．上の領収明細書は医師の一般診療を受けたときのみ使用してください。
2．上の明細書に代えて、診療報酬明細書の用紙により、医療機関等の名称・所在地・医師の氏名・印の表示のある証明書を作成しても差し支えありません。
3．すでに領収明細書の発行があるときは記入の必要ありません。領収書のみ発行があるときは「領収」の字句を消し「診療明細書」として使用してください。
4．入院外・調剤に関する請求のときは別の領収明細書を添付してください。

領 収（調剤）明 細 書　調剤

患 者 氏 名 生 年 月 日	（昭和・平成・令和　　年　　月　　日）	処方せん発行医療機関	保険医氏名	受付回数
				回

処方月日	調剤月日	処　　方		調 剤 数 量	調剤報酬金額		
		医薬品名・規格・用量・用法	単位薬剤量 円		調剤料 円	薬剤料 円	加算料 円
摘 要							

薬剤一部負担金	基 本 料	時 間 外	指 導 料	療養費に要した費用の合計
円	円	円	円	円

上記のとおり領収いたしました。

令和　　年　　月　　日

調剤薬局
- 所　在　地
- 名　　称
- 薬剤師氏名

TEL　　（　　）

〔記入上の注意〕

1. 上の明細書に代えて、調剤報酬明細書等の用紙により、調剤薬局の名称・所在地・薬剤師の氏名・印の表示のある証明書を作成しても差し支えありません。
2. すでに領収明細書の発行があるときは記入の必要ありません。領収書のみ発行があるときは「領収」の字句を消し「調剤明細書」として使用してください。
3. 入院・外来・歯科診療に関する請求のときは別の領収明細書を添付してください。