

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円

支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間
------	--------------------------

支給支払決議書			
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

被保険者 療養費支給申請書
被扶養者

(第 回目)

(注意事項)
輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか
これに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

被保険者証の 記号・番号	第 号	被保険者が勤 務する(してい た)事業所の	名称 所在地	電話 局 番
傷病名			発病又は負 傷の年月日	年 月 日
発病又は 負傷の原因				
傷病の経過				
診療又は手当 を受けた医療 機関の名称・ 所在地及び医 師の氏名	名称 氏名	所在地 及び電 話番号	〒	
診療又は 手当の内容	入院期間 自 至 年 月 日 コルセット装着日 年 月 日			
診療又は手当 を受けた期間	自 至 年 月 日 日間	診療又は手当に 要した費用の額	金	円也
診療又は手当が 被保険者の選定 に係る特別の病 室の提供、その 他厚生大臣が定 める療養を含む ときはその旨				
療養の給付又は 特定療養費もし しくは家族療養費 の支給を受ける ことができなかった理由				
第三者の行為に よる負傷である とき	その事実 と届出 の有無	加害者の氏名	〒	
		加害者の住所	〒	
被扶養者に 関する申請のとき	氏 名	生年月日	明昭 年 月 日 大平	被保険者 との続柄
振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行	支店(普通 当座第 号)	郵便局	
上記のとおり申請します。 年 月 日 住所 〒 被保険者の 氏名 健康保険組合理事長 殿				

領収（診療）明細書

（月 日から 月 日までの分）

患者名		職務上の事由	職務上 3月以内	下船後 ・通勤災害	傷病名
初診	時間外 休日 深夜	円	注射	皮下筋肉内・静脈内 その他	回 回
再診	再時間 再休日 再深夜	回 回 回	検査	薬剤	回 回 回
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レゲン ト		回 回 回
指導			処置及び手術		回 回 回 回
投薬	内服 外用 調剤 調剤	単位 単位 単位 単位 回		薬剤	回 回 回 回
入院	1月未満	日間(日～ 日)	その他		回
	1月～3月未満 3月以上 給食の有無	日間(日～ 日) 日間(日～ 日)	合計		
上記のとおり領収（診療）いたしました。 年 月 日 医師 住所〒 氏名					

(注意事項)
 3.2.1. すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して、「診療明細書」として下さい。
 歯科診療の場合は、別に領収（診療）明細書を作成して下さい。
 輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「治療のため必要と認める旨の証明書」を
 交付して下さい。この場合、左の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。

委任状	私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。 _____ 年 月 日請求した被保険者療養費のうち _____ 被扶養者 _____ 金 _____ 円也の受領に関する事。 _____ 年 月 日 被保険者の 住所〒 _____ 氏名 _____ ㊟ 代理人の 住所〒 _____ 氏名 _____ ㊟		
振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行	支店（普通座 第 _____ 号）	郵便局

領収書	金 _____ 円也但し うえの金額を領収いたしました。 _____ 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 受領者 住所〒 _____ 氏名 _____ ㊟
-----	--