

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	自至 年 月 日 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 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 の届出無 有	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	昭 平 令 年 月 日	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・下船後 3月以内・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 休日 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	レント 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 調基	単 単 単 単 回		薬剤	回 回 回 回
入院	1月未満	日間(日～ 日)	その他 合計		回
	1月～3月未満	日間(日～ 日)			
	3月以上 給食の有無	日間(日～ 日)			
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られる旨の証明書」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	<p>私は 年 月 日 請求した 被保険者 療養費のうち 被扶養者</p> <p>金 円也の受領に関する事。</p> <p>年 月 日</p> <p>被保険者の 住所〒 氏名</p> <p>代理人の 住所〒 氏名</p>
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	<p>金 円也但し</p> <p>うえの金額を領収いたしました。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">健康保険組合理事長 殿</p> <p>受領者 住所〒 氏名</p>
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------