

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	

支給期間	自 年 月 日	至 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 コルセット装着日		自 至	年 月 日 年 月 日
診療又は手当 を受けた期間	自 至	年 月 日 年 月 日	日間	診療又は手当に 要した費用の額
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 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・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	再診時間 時間外 休日 深夜	回 回 回 回	検査	薬剤	回 回 回 回
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レントゲン		回 回 回
指導			処置及び手術		回 回 回 回
投薬	内服 外用 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 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。  
 輸血及び歯科診療の場合、別に領収（診療）明細書を作成して下さい。  
 輸血及び歯科診療の場合、この場合、左の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。  
 輸血及び歯科診療の場合、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 年 月 日 請求した 被保険者 療養費のうち 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
-----	--