

受付年月日	年 月 日
同年月日	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	自至	年 月 日	日間
------	----	-------	----

被保険者 療養費支給申請書  
被扶養者

(第 回目)

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		所在地	〒	
	氏名		及び電 話番号		
診療又は 手当の内容		入院期間	自至	年 月 日	年 月 日
		コルセット装着日		年 月 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 室の提供、その 他厚生大臣が 定める療養を 受けるときは					
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 の届有無		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	大平令 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

印

健康保険組合理事長 殿

(注意事項)  
輸血及びコルセット等治療用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。

# 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	回
再診	再時間 休日 深夜	回 回 回		検査	その他	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	内屯外処調 服用方劑基	単 単 単	位 位 位 回 回 回		薬 剤	回
入院	1月未満	日間	日～	その他合計		回
	1月～3月未満	日間	日～			
	3月以上	日間	日～			
	給食の有無					
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 印						

(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。  
 輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「治療のため必要と認めざる旨の証明書」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 年 月 日 請求した 被保険者 療養費のうち 被扶養者 円也の受領に関する事。 年 月 日 被保険者の 住所〒 氏名 印 代理人の 住所〒 氏名 印
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

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 印
-----	--