

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
支給期間	自至 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
被扶養者 療養費支給申請書**

(第 1 回目)

被保険者証の 記号・番号	第 1234 号 第 56 号	被保険者が勤 務する(してい た)事業所の 名称	飯野海運(株) 電話1234局5678 番		
傷病名	感冒・急性胃炎		発病又は負 傷の年月日	2020年4月11日	
発病又は 負傷の原因	急に胃が痛くなり、また熱があり咳が出た。				
傷病の経過	薬を服用し、数日後に治癒する。				
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 長野赤十字病院	所在地 及び電 話番号	〒 380-8582 長野市若里5-22-1 026-226-4131		
診療又は 手当の内容	投薬及び咽頭処置		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 2020年4月11日	1 日間	診療又は手当に 要した費用の額	金	4,140 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	保険証を持たずに出張したところ、急病となり 緊急やむをえず受診した。				
第三者の行為に よる負傷である とき	その事実 の有無	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	該当せず	生年月日	明昭 大平	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。

2020年4月13日

住所 〒 **000-0000**
東京都練馬区 - × × -
氏名 **健保 太郎**

飯野 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

（4月11日から 月 日までの分）

患者名	ケンポ タロウ		職務上の事由	職務上3月以内	： 下船後 ： 通勤災害	傷病名	感冒・急性胃炎	
初診	時間外 休日 深夜	11,350	円	注射	皮下筋肉内・静脈内	回	その他	回
再診	再診時間 休日 深夜	回 回 回		検査	薬剤	1 回 回 回	280	
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 処置 調剤	{ 薬剤 調剤	3 1 1	単位	510 90 420	回 回 回 回		
入院	1月未満	日間	日～	日	ソルシリンカプセル（500）4C 尿一般28×1	17×3		
	1月～3月未満	日間	日～	日		回		
	3月以上	日間	日～	日	その他合計		12,730	
上記のとおり領収（診療）いたしました。 2020年 4月 11日 医師 住所〒 380-8582 長野市若里5-22-1 氏名 長野 誠 長野								

（注意事項）
 3.2.1 すでに領収書を発行しているときは、領収書の字句を消して「診療明細書」として下さい。
 輸血及びびりコルセット等の治療用器具に領収（診療）明細書の記入は必要ありません。
 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。
 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。 2020年 4月 13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。 2020年 4月 13日							
	被保険者の	住所〒	000-0000 練馬区		- x x -			
	氏名	健保 太郎		健保				
	代理人の	住所〒	100-0011 千代田区内幸町2-1-1					
	氏名	飯野海運（株）		飯野				
振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行	x x	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 〃 印							
-----	--	--	--	--	--	--	--	--