

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			
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			電話番号		
診療又は手当 の内容				入院期間	自 年 月 日	
				コルセット装着日	至 年 月 日	
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	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		〔普通第 号〕		郵便局	
<p>上記の通り申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>被保険者の</p> <p>氏名</p> <p>健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">印</p>						

## 領収（診療）明細書

（ 月 日から月 日までの分）

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

（注意事項）

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。
2. 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。
3. 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 _____ 円也の受領に関すること。 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	住所 被保険者の 氏名	印
	住所 代理人の 氏名	印
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。 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 健康保険組合理事長 殿	
	住所 受領者 氏名	印