

|       |       |
|-------|-------|
| 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 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

(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                   | 〒                           | 及び電話番号         |      |   |
| 診療又は手当の内容  | 氏名                 |                       |                             |                |      |   |
| 診療又は手当を受けた期間   | 自 年 月 日 至 年 月 日 日間 | 入院期間                  | 自 年 年 月 月 日 日 至 年 年 月 月 日 日 | 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(普通当座)              | 第 号)                        | 郵便局            |      |   |
| 上記のとおり申請します。<br>年 月 日<br>住所 〒<br>被保険者の 氏名<br>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 日夜<br>休日 深夜  | 円                         | 注射<br>皮下筋肉内・静脈内<br>その他       |
| 再診  | 再診時間 休日 深夜<br>再診時間 休日 深夜                                 | 回<br>回<br>回<br>回          | 検査<br>薬剤<br>回<br>回<br>回<br>回 |
| 往診  | 普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路   | 回<br>回<br>回               | レゲント<br>回<br>回<br>回          |
| 指導  |  |                           | 処置及び手術<br>回<br>回<br>回<br>回   |
| 投薬  | 内服 服用剤基<br>外用 調剤   | 単位<br>単位<br>単位<br>単位<br>単 | 薬剤<br>回<br>回<br>回<br>回       |
| 入院  | 1月未満 日間(日~日)<br>1月~3月未満 日間(日~日)<br>3月以上 日間(日~日)<br>給食の有無 |                           | その他<br>合計<br>回               |
| 上記のとおり領収(診療)いたしました。<br>年 月 日<br>住所 〒<br>医師 氏名 |  |                           |                              |

|     |  |   |
|-----|--|---|
| 委任状 | 私は 年 月 日 請求した被保険者療養費のうち 金 円也の受領に関すること。<br>年 月 日<br>被保険者の 住所 〒<br>氏名<br>代理人の 住所 〒<br>氏名 | を代理人と定め、次の権限を委任する。<br>被保険者療養費のうち 金 円也の受領に関すること。<br>年 月 日<br>住所 〒<br>氏名<br>代理人の 住所 〒<br>氏名 |
|     | 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<br>うえの金額を領収いたしました。<br>年 月 日<br>健康保険組合理事長 殿<br>受領者 住所 〒<br>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(診療)の領収書は、別に領収(診療)の申請を提出して下さい。  
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、「治療のため必要ありません」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。

(注意事項)  
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、「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。  
※印刷時にA3サイズに拡大してご使用ください。  
※A3での印刷ができない場合は、A4で印刷した後に拡大コピーしてご使用ください。