

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	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	〒		
	氏名			及び電話番号			
診療又は手当の内容	入院期間 自 至 年 年 月 月 日 日 コルセット装着日						
診療又は手当を受けた期間	自 至 年 年 月 月 日 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(普通第 号)	郵便局			
上記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者の住所 〒 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3月以内	下船後・通勤災害	傷病名
初診	時間外 深夜 休日 夜間	円	注射	皮下筋肉内・静脈内 回 その他 回
再診	再時間外 深夜 休日 夜間	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	レゲント	回 回 回
指導			処置及び手術	回 回 回 回
投薬	内服 外用 調剤 調基	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) 1月~3月未満 日間(日~ 日) 3月以上 日間(日~ 日) 給食の有無	その他合計		回
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				

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。 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
-----	---

(注意事項) 3.2.1. 領収書は、診療明細書と併せて提出し、診療明細書の記載内容と一致しない場合は、領収書は発行しない。また、領収書は、診療明細書の記載内容と一致しない場合は、領収書は発行しない。また、領収書は、診療明細書の記載内容と一致しない場合は、領収書は発行しない。