

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

記入例

支給支払決議書			
常務理事	事務局長	係長	担当者
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 1 回目)

被保険者証の 記号・番号	500 第1000号	被保険者が勤務 する(していた) 事業所の 名称	大倉工業㈱丸亀第四工場 所在地 丸亀市蓬萊町53番地
傷病名	腰椎椎間板症	発病又は負 傷の年月日	5年 3月20日頃
発病又は 負傷の原因	不詳		
傷病の経過	香川労災病院で治療中		
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 香川労災病院 所在地 〒000-0000 及び電 話番号 丸亀市城東町3-3-1	診療又は手 当の内容	名称 〇〇 〇〇 氏名 〇〇 〇〇 TEL 000-000-0000
診療又は 手当の内容	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 他厚生労働 大臣が定め る療養を含 むときは、 その旨	入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日 コルセット装着日 5年 3月22日
診療又は手当 を受けた機関	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	診療又は手 当に要した 費用の額	金 22,700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 他厚生労働 大臣が定め る療養を含 むときは、 その旨			消費税等を含めて記入し てください。
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	保険医療機関でないため		
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	
被扶養者に関する 申請のとき	氏名	生年 昭 令 月日 平 年 月 日	被保険者 との続柄
振込希望の銀行 (給料振込口座)	〇〇銀行	〇〇支店 (普通 当座 第 1111111号)	
上記のとおり申請します。 令和〇〇年〇〇月〇〇日			
被保険者の住所 〒000-0000 丸亀市中津町1番地 氏名 大倉 太郎 印			
健康保険組合理事長 殿			

(注意事項) 輸血及びコルセットの『領収書』を添付するときは、『医師の証明書』のほかに、

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 休日 深夜	注 射	皮下筋肉内・静脈内 回 その他 回
再診	時間外 休日 深夜	検 査	回 回 回
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	レ グ ン ト	回 回 回
指導		処 置 及 び 手 術	回 回 回
投 薬	内服 外用 調剤 調基	単 位 単 位 単 位 単 位	薬 劑 回
入 院	1月未満 1月～3月未満 3月以上 給食の有無	日 間 (日～日) 日 間 (日～日) 日 間 (日～日)	回 回 回
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) 321 輸血科診療の領収書を作成するときは、『診療明細書』として下さい。すなわち、領収書を作成するときは、『診療明細書』を添付して下さい。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 金 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 (振込口座)	銀行 支店 (普通 当座 第 号)