

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			
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 回目)
被扶養者

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 〒	TEL
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 年 月 日 至 年 月 日 コルセット装着日 年 月 日			
診療又は手当 を受けた期間	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 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				
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 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)	銀行	支店 (普通 当座 第 号)		
上記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者の 住所 〒 氏名 印 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器具に添付して下されは、『医師の証明書』のほかに、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

(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	回	注 射	皮下筋肉内・静脈内	回
再診	時間外 休日 深夜	回 回 回	検 査	その他	回 回 回
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レ ゲ ン ト	薬 剤	回 回 回
指導			処 置 及 び 手 術	薬 剤	回 回 回 回
投 薬	内 服 頓 服 外 用 調 剤 調 基	単 位 単 位 単 位 単 位			
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)	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 住所 〒 医 師 氏 名 印					

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)
-------------	--

(注意事項)
321
輸血及びコルセット等治療用器具に添付して下されは、『医師の証明書』のほかに、これに要した費用の『領収書』を添付して下さい。
すでに領収書を発行しているときは、『領収書』の字句を消して下されは、『診療明細書』として下さい。
別に領収 (診療) 明細書を作成して下されは、『治療』の記入は必要ありません。と認める旨の証明書』を