

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			
常 務 理 事	事 務 長	課 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
被扶養者

療 養 費 支 給 申 請 書

(第 回目)

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	被保険者が勤務する (していた)事業所の		名 称	電 話 局 番			
	第 号	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 及 び 電 話 番 号	〒			
	氏 名						
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 ることのできな かつ 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 大平	年 月 日	被保険者 との続柄	
振込希望の銀行	銀行 支店 (普通 当座)						
上記のとおり申請します。 年 月 日 〒 住所 被保険者の 健康保険組合理事長 殿 氏 名 印							

(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。

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		円	注射	皮下注射・静脈内 その他	回 回
再診	再診 時間外 休日 深夜	回 回 回 回		検査		回 回 回 薬剤 回
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回		レゲ ン ン ト		回 回 回
指導				処 置 及 び 手 術	薬剤 回	
投薬	内服 屯服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 単位 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）		その他		回
				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						

委任状	私は 年 月 日 請求した 被保険者 療養費のうち 被扶養者 金 円也の受領に関すること。 年 月 日					
	被保険者の 住所 〒 氏名 印					
	代理人の 住所 〒 氏名 印					
振込希望の銀行		銀行 支店（ 普通 当座 ）				

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 京葉銀行健康保険組合理事長 殿 〒 受領者 住所 氏名 印					

(注意事項)

- 領収書を添付して下さい。
- 歯科診療の場合は、うえの領収（診療）明細書を使用せず、別に領収（診療）明細書を作成して下さい。
- 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、「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、うえの領収（診療）明細書の記入は必要ありません。