

受	付	令和	年	月	日
決	定	令和	年	月	日

支給額	円
-----	---

支給期間	自平令年 月 日 至平令年 月 日 日間
------	----------------------------

支給支払決議書				
常務理事	事務長	課長	係長	係
資格取得	昭平令	年	月	日
資格喪失	昭平令	年	月	日
支払年月日	令和	年	月	日

被保険者 被扶養者		療養費支給申請書		(第 回目)	
令和 年 月 日					
健康保険組合理事長様					
住所 被保険者 氏名 ㊟					
下記のとおり領収書添付のうえ申請します					
被保険者証の 記号と番号	第 号		事業所 の名称		
傷病名			発病または 負傷の年月日		
発病または 負傷の原因					
傷病の経過					
手当を受けた 病医院の	名称			所在地	
手当を受けた 医師歯科医師 その他の者	氏名			住所	
診療の内容					
診療を受けた 期間	自平令年 月 日 至平令年 月 日 日間		診療に要し た費用の額	金	円也
保険医又は保険 者の指定する者 に療養を受ける 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			氏名	
				住所	
申請者が被扶 養者に関する ときは	氏名		生年月日	年 月 日	被保険者 との続柄

領収（診療）明細書

患者名		傷病名			
初診	時間 外 深夜	円	注射	皮下・筋肉内 静脈内	回 回
再診	時間 内 時間 外 深夜	回 回 回	検査		
往診	普通・難路 夜間・暴風雨雪 同一家屋	回 回 回	レントゲン	透視 造影剤	回 回 回
指導			処置及び手術	材料 麻酔剤 回 回 回	
投薬	内服 { 二 剤 二 剤 屯服 外用 用剤				
入院	1月未満	日間 (日～ 日)	その他 合計		
	1月～3月未満	日間 (日～ 日)			
	3月以上	日間 (日～ 日)			
給食の有無					
上記のとおり領収（診療）いたしました 令和 年 月 日 住 所 医 師 氏 名					
委任状	表記請求金額の受領を _____ に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名				

（備考）すでに領収証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。

（添付書類についての注意）

次の場合にはうえの領収明細書は必要ありません。

1. 輸血に関する申請のときは「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」をつけて下さい。
2. 歯科診療に関する申請のときは別の領収書をつける。
3. 下記に該当する申請は、専用の申請書により申請してください。やむを得ずこの申請書により申請する場合は、それぞれ必要な添付書類等を添付してください。
 - ・コルセット、ギプス、義肢等の治療用装具に関する申請
 - ・はりきゅうに関する申請
 - ・あん摩、マッサージに関する申請