

受付年月日	年 月 日	決 済	理事長	常務理事	事務長	担当
伺年月日	年 月 日					
決裁年月日	年 月 日					
支払年月日	年 月 日					
支給額	円					
支給期間	自 年 月 日	日間	資格取得	年 月 日		
	至 年 月 日		資格喪失	年 月 日		

<記入例>

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	〇〇〇〇	被保険者が勤務 する(していた) 事業所	名称	カメラのキタムラ横浜/新横浜店		
	第 △△△△△ 号		所在地	神奈川県横浜市港北区新横浜4-1-16		
傷病名	風邪		発病又は負傷 の年月日	平成31年11月28日		
発病又は 負傷の原因	のどの痛み、発熱のため受診					
傷病の経過	良好					
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	〇〇〇〇整形外科病院		所在地 及び電話 番号	〒 222 - 0033 神奈川県横浜市××区2-2	
	氏名	〇〇健一郎				
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 平成31年11月28日	1 日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 8,300 円也		
至 年 月 日						
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 を受けることので きなかつた理由	外出時、保険証を持っていなかった <div style="border: 1px solid green; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;"> 負傷が交通事故など第三者行為による場合は「有 り」記入の上、別に「第三者行為による傷病届」 の添付が必要です </div>					
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	無し		加害者 氏名		
被扶養者に関す る申請のとき	氏名	北村 花子		生年月日	昭・平 令 61年6月6日	続柄 妻
振込先指定口座 ※被保険者 (本人)口座	〇〇〇〇	銀行・農協 金庫・組合	△△△△	支店	普通 当座	1234567
上記のとおり申請します。		被保険者(本人)名義の		〒 -		
令和元年12月1日		被保険者の		住所 神奈川県横浜市港北区新横浜2-4-1 新横浜マンション705号室		
健康保険組合理事長 殿		氏名		北村 太郎		

(注意事項)

(2021.6)

- 『領収(診療)明細書』を医師に記入してもらい、領収書を添付してください
※歯科診療の場合は、2枚目の様式を使用せず、別に『領収(診療)明細書』を作成頂いて下さい
- 『領収(診療)明細書』は、医療機関から発行されたレセプト(病院の証明印のあるもの)でも結構です
※医療機関が領収書と一緒に発行する『診療明細書』(病名等の記載がないもの)は不可

領収（診療）明細書

（ 年 月 日から 年 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	
初診	時間外		注射	医療機関で記入頂いてください ※『療養費支給申請書』の（注意事項）参照
	休日		皮膚科	
再診	深夜		その他	回
	再診	回	検査	回
	時間外	回		回
	休日	回		回
往診	深夜	回	薬剤	回
	普通	回	レントゲン	回
	夜間	回	トン	回
指導	深夜・暴風雨雪・難路	回		
	指導		処置及び手術	回
投薬	内服	単位		回
	外用	単位		回
	調剤	単位		回
	調基	回		回
	調剤	単位	薬剤	回
入院	1月未満	日間（ 日～ 日）	その他	回
	1月～3月未満	日間（ 日～ 日）	合計	
	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。

住所 〒 _____

年 月 日 医師

氏名 _____ 印

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。		
	年 月 日請求した	被保険者 被扶養者	療養費のうち	
	金 _____ 円也の受領に関する事。			
	年 月 日	被保険者の	住所	印
		代理人の	住所	印
			氏名	

振込希望の銀行	銀行・農協 金庫・組合	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	健康保険組合理事長	殿	
		受領者	住所	印
			氏名	