

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		

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	第 号	被保険者が勤務 する(していた) 事業所	名称			
			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	〒 ー	
	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	日間	診療又は手当に 要した費用の額	金	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						
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	氏名	
					住所	
被扶養者に関す る申請のとき	氏名	生年月日	昭・平 令	年 月 日	続柄	
振込先指定口座 ※被保険者 (本人) 口座	銀行・農協 金庫・組合			支店	普通 当座	
上記のとおり申請します。						
年 月 日			住所			
健康保険組合理事長 殿			被保険者の			
			氏名		印	

(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	傷病名	
初診	時間外 休日 深夜		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 回 薬 剤
往診	普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レ ン ゲ ト ン		回 回 回
指導			処置及び手術		回 回 回 回 薬 剤
投薬	内服 外用 調剤 調基	単位 単位 単位 単位 回			回 回 回 回 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。

住所 〒 -

年 月 日

医師

氏名

印

委任状	<p>私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。</p> <p>_____ 年 月 日請求した 被保険者 療養費のうち 被扶養者 _____ 円也の受領に関すること。</p> <p>_____ 年 月 日 被保険者の 住所 _____ 氏名 _____ 印</p> <p>代理人の 住所 _____ 氏名 _____ 印</p>		
振込希望の銀行	銀行・農協 金庫・組合	支店	普通 当座

領収書	<p>金 _____ 円也但し うえの金額を領収いたしました。 健康保険組合理事長 殿</p> <p>_____ 年 月 日 _____ 〒 -</p> <p>受領者 住所 _____ 氏名 _____ 印</p>
-----	---