

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 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日 日間

支給支払決議書			
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 回日)

被保険者等 記号・番号	記号:	被保険者が勤務する (していた)事業所の 名称	所在地	〒	
	番号:		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 平・令 年 月 日	至 平・令 年 月 日	
	治療用装具 装着日		平・令 年 月 日		
診療又は手 当を受けた期間	自 平・令 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 月日	大昭 平令	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。 令和 年 月 日 住所: 〒 - 被保険者(申請者)の 健康保険組合理事長 殿 氏名:					

(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。

(令和6年12月改訂)

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 ト	回 回 回
指導				処 置 及 び 手 術	回 回 回 回 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	日間（ 日～ 日）		そ の 他	回
	1月～3月未満	日間（ 日～ 日）			
	3月以上 給食の有無	日間（ 日～ 日）		合 計	
<p>上記のとおり領収（診療）いたしました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">医師 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>					

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事。				
	令和 年 月 日 被保険者（申請者）の 住所： 氏名：				
	代理人（事業主）の 住所： 事業所名称 及び氏名：				
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				
	健康保険組合理事長 殿				
	〒				
受領者 住所 氏名					印

（注意事項）

1. 領収書を添付して下さい。
2. 歯科診療の場合は、うへの領収（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。
3. 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、うへの領収（診療）明細書の記入は必要ありません。

（令和6年12月改訂）