

受付年月日	年 月 日	記入例は、3枚あります。 1枚目：治療用装具申請時の記入例 2枚目：立替払申請時の記入例 3枚目：委任状（必須）	支払決議書
伺年月日	年 月 日		
決裁年月日			
支給額			
支給期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	日間	支払年月日 年 月 日

治療用装具申請時の記入例

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(第 〇 回目)

被保険者等 記号・番号	記号：000 番号：000000	被保険者が勤務する (していた)事業所の	名称 所在地	株式会社〇〇〇 〒000-0000 東京都港区虎ノ門△-△-△
傷病名	腰部椎間板ヘルニア		発病又は 負傷の年月日	令和 6 年 4 月 5 日
発病又は 負傷の原因	不明			
傷病の経過	今年の初めころから時々痛みを感じ、重い物を持ち上げた際に激痛が走り、動けなくなった。			
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 虎ノ門総合病院	所在地 及び電 話番号	〒000 - 0000 東京都港区虎ノ門× - × - × 000 - 0000 - 0000	
診療又は 手当の内容	レントゲン検査をし、コルセットを装着、経過を見る。		入院期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日
診療又は手 当を受けた期 間	自 平・令 6 年 4 月 8 日 至 平・令 6 年 4 月 20 日	4日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 14,700 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	治療用装具作成のため			
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	〒	
被扶養者に 関する申請 のとき	氏 名 健保 花子	生年月日 大昭 平令 2 年 9 月 10 日	被保険者 との続柄	妻
振込希望の 銀行	在籍者・任意継続の方は、振込希望の銀行は記入不要です。			
上記のとおり申請します。 令和 6 年 △ 月 △ 日 健康保険組合理事長 殿 被保険者（申請者）の 住所： 〒000 - 0000 東京都港区虎ノ門〇 - 〇 - 〇 氏名： 健保 太郎				

(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)

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		

立替払申請時の記入例

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(第 〇 回目)

被保険者等 記号・番号	記号: 000	被保険者が勤務する (していた)事業所の	名称	株式会社〇〇〇	
	番号: 000000		所在地	〒000-0000 東京都港区虎ノ門△-△-△	
傷病名	インフルエンザ		発病又は 負傷の年月日	令和 6 年 4 月 5 日	
発病又は 負傷の原因	旅行先で発熱				
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	虎ノ門総合病院	所在地 及び電 話番号	〒000 - 0000	
	氏名	虎ノ門 寅次郎		東京都港区虎ノ門× - × - × 000 - 0000 - 0000	
診療又は 手当の内容	診察、投薬		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 至平・令 6 年 4 月 8 日		1日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 14,700 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	(例) ・加入して間もなく医療機関を受診し、資格を確認できなかったため ・資格確認証の交付を受けているが、資格確認書の持参を忘れたため ・他の保険者で資格喪失後に受診し、返還した医療費を療養費として申請するため				
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	健保 花子	生年月日	大昭 平令 2 年 9 月 10 日	被保険者 との続柄 妻
振込希望の 銀行	在籍者・任意継続の方は、振込希望の銀行は記入不要です。				
上記のとおり申請します。 令和 6 年 △ 月 △ 日 健康保険組合理事長 殿 被保険者（申請者）の 住所: 東京都港区虎ノ門〇 - 〇 - 〇 氏名: 健保 太郎					

(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 回 薬剤	
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		
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 を代理人と定め、次の権限を委任する。							
	令和 6 年 Δ 月 Δ 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。							
	令和 6 年 Δ 月 Δ 日							
		被保険者（申請者）の		住所	： 東京都港区虎ノ門〇 - 〇 - 〇			
				氏名	： 健保 太郎			
		代理人（事業主）の		住所	： 東京都港区虎ノ門Δ-Δ-Δ			
				事業所名称 及び氏名	： 株式会社〇〇〇 代表取締役社長 三井 次郎			
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。
- 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、うえの領収（診療）明細書の記入は必要ありません。