

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円
支給期間	自 至 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		

療養費支給申請書 (第 回)

被保険者証の記号・番号	第 210 号	被保険者が勤務する(していた)事業所の名称	千代田産業(株) 電話 〇〇〇局 〇〇〇番
傷病名	椎間板ヘルニア	発病又は負傷の年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
発病又は負傷の原因	原因不詳、突然断続的に背中が痛み始めた。		
傷病の経過	通院加療中		
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 横浜整形外科 氏名 山田二男	所在地及び電話番号	〒横浜市緑区青葉台 〇〜〇〇番地
診療又は手当の内容	入院期間 自 〇〇年〇〇月〇〇日 至 〇〇年〇〇月〇〇日 コルセット装着による治療	コルセット装着日	〇〇年〇〇月〇〇日
診療又は手当を受けた期間	自 〇〇年〇〇月〇〇日 至 〇〇年〇〇月〇〇日	診療又は手当に要した費用の額	金 〇〇〇〇円也
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	コルセット代を支払った日を記入		
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ができなかった理由	業者が保険契約なきため		
第三者の行為による負傷であるとき	その事実の有無	加害者の氏名	
被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年月日	明昭 年 月 日 被保険者との続柄
振込希望の銀行又は郵便局名	銀行	支店(普通第 号)	郵便局
上記のとおり申請します。 〇〇年〇〇月〇〇日			
被保険者の氏名		住所	〒東京都練馬区石神井〇〜〇
健康保険組合理事長 殿		氏名	健保一郎 (印)

(注意事項) 輸血及びコルセット等治療用器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。

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 深夜	円	皮下筋肉内・静脈内 回 その他 回
再診	再時間外 深夜	回 回 回	検査 回 薬剤 回
往診	普通 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回	レントゲン 回 回 回
指導			処置及び手術 回 回 回
投薬	内服 外用 調剤	単位 単位 単位 回	薬剤 回
入院	1月未満 日間(日~日) 1月~3月未満 日間(日~日) 3月以上 日間(日~日) 給食の有無		その他合計 回
上記のとおり領収(診療)いたしました。 年 月 日 医師 住所 〒 氏名 (印)			

(注意事項) 3.2.1. 輸血科診療に領収書を発行するときは、「診療明細書」として下さい。歯科診療の場合は、別に領収(診療)明細書を作成して下さい。血液検査のコルセット等治療用器具の領収(診療)明細書の記入は必要ありません。

私は 平成太郎 を代理人と定め、次の権限を委任する。
〇〇年〇月〇日請求した被保険者療養費のうち
被扶養者 〇〇円也の受領に関する事。
年 月 日

被保険者の住所 〒 東京都練馬区石神井〇〜〇
氏名 健保一郎 (印)

代理人の住所 〒 東京都千代田区〇〇町〇〇番地
氏名 千代田産業(株) 平成太郎 (印)

振込希望の銀行又は郵便局名 銀行 支店(普通第 号) 郵便局

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)