

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 年 月 日 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		

被保険者  
被扶養者 療養費支給申請書 (第 回目)

(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」を添付してください。

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)事業所の	名称 所在地	〒	電話
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	〒	
	氏名		及び電 話番号		
診療の内容				診療に要し た費用の額	円
診療の期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	入院の場合、 左記の入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間		
療養が被保険者 の選定に係る特 別の病室の提供、 その他厚生労働 大臣が定める療 養を含むときは その旨					
療養の給付を受 けることができ 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	年 月 日	被保険者 との続柄
振込希望の 金融機関名	銀行 金庫 信組			店・本店 支店・出張所	
	普通 当座	口座番号	フリガナ 口座名義		
上記のとおり申請します。 年 月 日					
住所 〒 被保険者の 氏名 ㊟ ※					
健康保険組合理事長 殿					

※被保険者本人が署名した場合は、  
押印不要です。

# 領収（診療）明細書

（注意事項）

3.2.1. すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して、「診療明細書」としてください。  
 歯科診療の場合は、別に領収（診療）明細書を作成してください。  
 輸血及びびコルセット等治療用器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」を交付してください。この場合、左の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。

患者氏名		傷病名		診療期間	自	年	月	日	診療日数	日
再診	初診	時間外・休日・深夜	回	検査点	回					
	再診	診察	×		回	薬 剤				
再診	外来管理加算		×	画像診断	回					
	時間外		×		回	薬 剤				
再診	休日		×	その他	回					
	深夜		×		回	処方せん				
在宅	医学管理			入院年月日	年 月 日					
	往診		回		病 診	入院基本料・加算				
在宅	夜間		回	院		点				
	深夜・緊急		回		日間					
在宅	在宅患者訪問診療		回	院	日間					
	その他		回		日間					
投薬	内服	薬剤調剤	×	院	特定入院料・その他					
	外用	薬剤調剤	×		日間					
投薬	処方	方	×	院	日間					
	麻酔	調剤	×		日間					
注射	皮下	筋肉内	回	院	日間					
	静脈	その他	回		日間					
処置	薬	剤	回	食事・生活	円 ×	回	基準(生)	円 ×	回	
	薬	剤	回		特別	円 ×	回	特別(生)	円 ×	回
手術	手麻酔	術	回	合計	円 ×	日	減・免・猶・I・II・3月超	円 ×	日	
	術	剤	回		円 ×	日		円 ×	日	

上記のとおり領収（診療）いたしました。 年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地 〒

医師の氏名 ㊟

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 療養費のうち  
 被扶養者

金 円也の受領に関すること。 年 月 日

住所 〒  
 被保険者の 氏名 ㊟

住所 〒  
 代理人の 氏名 ㊟

委任者と代理人との関係

振込希望の金融機関名 銀行・金庫・信組 店・本店  
 支店・出張所

普通当座 口座番号 フリガナ 口座名義

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

住所 〒  
 受領者 氏名 ㊟