

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			
常務理事	事務長	課長	担当者
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 1 回目)

被保険者証の記号・番号	0000 第 0000-00 号	被保険者が勤務する(していた)事業所の	名称 〇〇〇〇(株)	電話 000-000-0000
			所在地 〒000-0000	東京都〇〇区〇〇町〇一〇
傷病名	感冒		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	咳がひどく、発熱したため、受診した。			
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 〇〇病院	所在地及び電話番号	〒000-0000 東京都〇〇区〇〇町〇一〇 TEL0000-0000-0000	
	氏名 健康 太郎			
診療又は手当の内容	点滴をうけ、薬を処方された		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 〇〇年 〇〇月 〇〇日 至 〇〇年 〇〇月 〇〇日	1 日間	診療又は手当に要した費用の額	金 〇〇,〇〇〇円也
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				
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った理由	入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため。			
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	生年月日	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。 年 月 日 〒000-0000 住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇一〇 被保険者の氏名 健康 太郎				

(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 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	日間（ 日～ 日）	その他	回
	1月～3月未満	日間（ 日～ 日）	合計	
	3月以上 給食の有無	日間（ 日～ 日）		
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 総務部長 ○○○○ 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事。 ○○年 ○○月 ○○日 被保険者の 住所〒000-0000 ○○県○○市○○町○-○ 氏名 健康 太郎 (印) 代理人の 住所〒000-0000 東京都○○区○○町○-○ 氏名 ○○○○(株) 総務部長 ○○○○ (印)
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 濞澤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。