

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 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」を添付して下さい。

被保険者証の記号・番号	16 第 100 号	被保険者が勤務する(していた)事業所の名称	会社名	電話 111 局 1111 番
傷病名	椎間板ヘルニア		発病又は負傷の年月日	00年 00月 00日
発病又は負傷の原因	不詳。			
傷病の経過	○月中旬より腰が痛みだし、下旬には動かすと激しく痛むようになった。			
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	〇〇〇〇総合病院	所在地	〒222-2222 〇〇県〇〇市〇〇町2
	氏名	〇〇 〇〇	及び電話番号	222-2222-2222
診療又は手当の内容	コルセット装着	入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日	コルセット装着日
診療又は手当を受けた期間	自 00年00月00日 至 00年00月00日	00日間	診療又は手当に要した費用の額	金 00000 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ができなかった理由	コルセットは健康保険上、現金払いになるため。			
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	生年月日	明昭平成令和 年 月 日	被保険者との続柄
振込先	*被保険者本人の口座に限る *既に健保に口座登録の方は不要です ×× 銀行 〇〇 銀行 (普通) No. △△△△△			

上記のとおり申請します。

00年00月00日

〒000-0000

住所 東京都〇〇区〇〇町1-1

被保険者の

氏名 音羽 一郎

音羽健康保険組合理事長 殿



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	皮下筋肉内・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	薬剤	回 回 回 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
投薬	内服 外用 外用調剤 調剤	単位 単位 単位 単位 回		薬剤	回 回 回 回
入院	1月未満	日間(日～ 日)	その他合計		回
	1月～3月未満	日間(日～ 日)			
	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 ㊟					

(注意事項)
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。
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」を交付して下さい。この場合、左の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。

委任状	<p>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こと。 年 月 日 被保険者の 住所〒 氏名 ㊟ 代理人の 住所〒 氏名 ㊟</p>
振込希望の銀行又は郵便局名	銀行 支店（普通当座 第 号）・ 郵便局

領収書	<p>金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 音羽健康保険組合理事長 殿 受領者 住所〒 氏名 ㊟</p>
-----	--