

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 療養費支給申請書 (第 回日)
被扶養者

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	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	日間				
	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	入院の場合、左記の入院期間								
療養の給付を受けることができなかった理由	自					年	月	日	日間
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	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			

(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」を添付してください。

※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

患者氏名	傷病名	診療期間	自	年	月	日	診療日数	日
初診	時間外・休日・深夜	回	点	検査	薬	剤	回	
再診	再外来管理加算	×	回	画診	薬	剤	回	
	時間外	×	回	画像断	薬	剤	回	
	休日	×	回	その他	薬	剤	回	
	深夜	×	回	在宅患者訪問診療	薬	剤	回	
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	点		
	夜間	回			×	日間		
	深夜・緊急	回			×	日間		
	在宅患者訪問診療	回			×	日間		
	その他	回			×	日間		
	薬剤				×	日間		
投薬	内服	薬剤	×	単位	回	日間		
	外用	薬剤	×	単位	回	日間		
	処麻調	薬剤	×	単位	回	日間		
	処方	薬剤	×	単位	回	日間		
	注射	皮下	回					
		筋内	回					
		肉内	回					
		脈内	回					
		その他	回					
処置	薬	剤	回	食事・生活	円	×	回	基準(生) 円
				環境	円	×	回	特別(生) 円
				合計	円	×	日	減・免・猶・I・II・3月超
手麻酔	薬	剤	回					

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、 年 月 日請求した被保険者療養費のうち 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

(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。