

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 回目)
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	入院期間 自 年 月 日 日間 装具装着日 年 月 日				
診療の期間	自 年 月 日 日間	診療に要した費用の額	円		
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	昭平令 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 中部日本放送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。

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	回
再診	再外来管理加算	×	回	薬剤	回
診	時間外	×	回	画像断	回
	休日	×	回	薬	回
	深夜	×	回	処方せん	回
	医学管理			薬	回
在宅	往診	回		その他	
	夜間	回		入院年月日	年 月 日
	深夜・緊急	回		病診	入院基本料・加算
	在宅患者訪問診療	回		点	
	その他	回		×	日間
	薬	回		×	日間
投薬	内服	×	単位	×	日間
	外用	×	単位	×	日間
	処麻調	×	単位	×	日間
	注射	回		×	日間
	皮下	回		特定入院料・その他	
	静脈	回		円×	回
	その他	回		円×	回
処置	薬	回		円×	日
手麻酔	薬	回		円×	日
	食事・生活			円×	日
	合計			円	
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					
委任状	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
	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				
中部日本放送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。