

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)

被保険者証の 記号・番号	1010 第 2353 号	被保険者が勤 務する(してい た)事業所の 名称	中部日本放送株式会社 電話 052-241-8111
		所在地	〒460-8405 名古屋市中区新栄1-2-8
傷病名	腰椎椎間板障害	発病又は負 傷の年月日	令和3年 6月 15日
発病又は 負傷の原因	部屋の模様替え中に、ベッドを動かそうとした際に腰を痛めた		
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 名古屋中央整形外科	所在地 及び電 話番号	〒000-0000 名古屋市〇区〇〇町2-1 052-123-4567
診療の内容	入院期間	自	年 月 日 日間
	装具装着日	令和3年 6月 22日	
診療の期間	自	年 月 日 日間	診療に要し た費用の額
			28,320 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	業者にコルセット製作を依頼したため		
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 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。 令和3年 6月 25日			
住所 〒000-0000 名古屋市△△区△△町5-1053			
被保険者の 氏名 健保 太郎			
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 実日数	日
初診	時間外・休日・深夜	回	点	検査 査理	薬	剤	回	
再診	再 外 来 管 理 加 算	×	回	画 診 断	薬	剤	回	
	時 間 外	×	回					
	休 日	×	回					
	休 深 夜	×	回					
在宅	医学管理			そ の 他	処 方 せん		回	
	往 診 問 診 療	回			薬	剤		
	夜 深 夜・緊急	回						
	在宅患者訪問診療	回						
	その他	回						
	薬			入	入院年月日	年	月	日
					病	診	入院基本料・加算	点
投 薬	内服	薬 調 剤	×	単 位			×	日間
	屯服	薬 調 剤		回			×	日間
	外用	薬 調 剤		単 位			×	日間
	処 麻 調	方 毒 基	×	回			×	日間
				院			特 定 入 院 料 ・ そ の 他	
注 射	皮下 静 脈	肉 内 他	回					
			回					
			回					
処 置	薬	剤	回	食 事 ・ 生 活 環 境	基 準 特 別 食 堂 環 境	円	×	回
				合 計		円	×	回
手 麻 術 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								
委 任 状	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 療養費のうち 金 円也の受領に関する。 年 月 日 住所 〒000-0000 名古屋市△△区△△町5-1053 被保険者の 氏名 健保 太郎 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 口座番号 フリガナ 当座 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。