

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 回日)

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 氏名 板井 完治	所在地 及び電 話番号	〒000-0000 名古屋市○区○○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	診療日数	日
初診	時間外・休日・深夜	回	点	検査	回			
再診	再診	×	回	薬	剤			
	外来管理加算	×	回					
	時間外	×	回					
	休日	×	回					
	深夜	×	回					
在宅	医学管理			その他	処方せん 回			
	往診							
	夜間							
	深夜・緊急							
	在宅患者訪問診療							
	その他							
	薬							
入院	入院年月日	年		月	日	点		
	病診	入院基本料・加算						
投薬	内服	薬	剤	×	単位	回	日間	
	外用	薬	剤	×	単位	回	日間	
	処麻	調	剤	×	単位	回	日間	
	調	方	毒	×	単位	回	日間	
		基	礎					特定入院料・その他
注射	皮下	筋	内	回				
	静脈	の	他	回				
	その他							
処置	薬	剤	回		食	基	円	回
					生	準	×	回
					活	(生)	円	回
					環	特	×	回
					境	別	円	回
						(生)	×	回
						減・免・猶・I・II・3月超		
手麻酔	薬	剤	回		合	円		
					計			

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、 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。